Michele Cia

Medidas de segurança no Direito Penal brasileiro

A desinternação progressiva sob uma perspectiva político-criminal

Medidas de segurança no Direito Penal brasileiro

MICHELE CIA

Medidas de segurança no Direito Penal brasileiro

A desinternação progressiva sob uma perspectiva político-criminal

© 2011 Editora UNESP

Direitos de publicação reservados à:
Fundação Editora da UNESP (FEU)

Praça da Sé, 108
01001-900 – São Paulo – SP
Tel.: (0xx11) 3242-7171
Fax: (0xx11) 3242-7172
www.editoraunesp.com.br
www.livraria.unesp.com.br
feu@editora.unesp.br

CIP – BRASIL. Catalogação na fonte
Sindicato Nacional dos Editores de Livros, RJ

C49m

Cia, Michele
Medidas de segurança no Direito Penal brasileiro: a desinternação progressiva sob uma perspectiva político-criminal / Michele Cia. São Paulo: Editora Unesp, 2011.

Inclui bibliografia
ISBN 978-85-393-0166-9

1. Direito penal – Brasil. 2. Sanções (Direito) – Brasil. 3. Pena (Direito) – Brasil. 4. Responsabilidade penal. 5. Insanos – Medidas de segurança e detenção – Brasil. 6. Inimputáveis (Direito) – Brasil. I. Título.

11-5266 CDU: 343.2(81)

Este livro é publicado pelo projeto *Edição de Textos de Docentes e Pós-Graduados da UNESP* – Pró-Reitoria de Pós-Graduação da UNESP (PROPG) / Fundação Editora da UNESP (FEU)

Editora afiliada:

Dedico este trabalho a Deus e a todos os seus filhos que se encontram em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico neste momento, e à minha mãe, grande realizadora de sonhos.

Agradecimentos

A Deus, grandíssimo pai que, simplesmente, tudo operou nas difíceis estradas por que passei.

À Virgem Maria, que me acompanha em todos os caminhos trilhados.

A minha família, que sempre me apoia em todas as minhas escolhas, ajudando-me a conquistar todos os meus sonhos. Agradeço o imenso apoio dado para a consecução deste projeto, principalmente no que toca à realização da pesquisa de campo.

A Thiago José Menezes Martins e a sua família.

A Christian Fernandes Gomes da Rosa.

À professora Marisa Helena D'Arbo Alves de Freitas, que lançou a semente desta pesquisa anos atrás.

Ao professor Fernando Andrade Fernandes, que soube, com maestria, conduzir a pesquisa, de modo que desse muitos frutos. Sinto-me muito honrada por ter sido orientada e assistida durante esse período por tão notável jurista, indispensável para as Ciências Criminais.

Ao professor Flávio Caetano da Silva, que com seu vasto conhecimento, pacientemente, muito me auxiliou na preparação e na realização da pesquisa de campo.

Ao professor Paulo César Corrêa Borges e ao professor Antonio Milton de Barros, ilustres juristas, que enriqueceram grandemente a pesquisa.

Ao professor Carlos Eduardo de Abreu Boucault, eterno entusiasta, que nos auxilia a não desistir.

À Roseli Costa Rios, que nos ajudou nos momentos mais difíceis.

Aos funcionários da pós-graduação, principalmente à Maísa Helena de Araújo, à Luzinete Suavinho Gimenes e à Regina Celi Santos Gomes.

A todos os funcionários da biblioteca da Faculdade de História, Direito e Serviço Social, na pessoa de Laura Odette Dorta Jardim.

Aos funcionários da biblioteca do Instituto Brasileiro de Ciências Criminais.

Aos diretores, funcionários e alunos da Libertas Faculdades Integradas.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes).

À Diretoria do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico II de Franco da Rocha, pela presteza e gentileza com que receberam a pesquisa.

A todos os funcionários do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico II de Franco da Rocha, sem os quais este projeto não teria alcançado seus objetivos. A todos os profissionais entrevistados, essenciais para a elaboração desta pesquisa.

À Coordenadoria de Saúde da Secretaria de Administração Penitenciária do Governo do Estado de São Paulo.

Ao Juízo de Direito da 5ª Vara das Execuções Criminais do Estado de São Paulo, assim como a seus funcionários.

Ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Franca (Uni-Facef).

Finalmente, a meus amigos e a todos aqueles que, direta ou indiretamente, tornaram possível esta pesquisa.

“Corremos el riesgo de producir libros bien encuadernados, cuando en realidad deberíamos tratar de evitar muertes.”

(Zaffaroni, 1991, p.236).

“Las cárceles y los psiquiátricos penitenciarios son partes del mundo, no mundos aparte. La más grave vulneración que pueden sufrir los derechos de los enajenados delincuentes por parte de la justicia penal, es precisamente la que se ha constatado: El olvido de que existen. Este olvido los despersonaliza, los cosifica, los enajena de la sociedad de por vida y ello es la peor de las penas posibles, una especie de muerte civil que no se impone a ningún delincuente cuerdo por grave que haya sido su delito.”

(Gimenez Garcia, 1993, p.37-8).

Sumário

Introdução

O presente trabalho versa sobre as questões contemporâneas fundamentais da execução das medidas de segurança, no contexto da obrigação estatal de reagir eficazmente ao fenômeno do delito, efetivando o direito à segurança de todos os cidadãos, ao mesmo tempo em que tem o dever de preservar e fomentar a dignidade dos indivíduos submetidos à intervenção penal, além de propiciar tratamento e ressocialização adequados a esses indivíduos. Ressalte-se que, no que concerne às obrigações estatais no contexto do Direito Penal, pouco tem se contribuído com relação às medidas endereçadas aos portadores de transtornos mentais que entram em conflito com a ordem jurídica. A pesquisa ora realizada objetiva contribuir, ainda que modestamente, para a reflexão de dita obrigação estatal.

A pesquisa realizou-se tendo por base a metodologia racionalista teleológico-funcional,[1] fundada "na perspectiva de se estabelecer uma conexão direta entre os elementos integrantes do *Sistema Jurídico-Penal* e a sua respectiva função" (Fernandes, 2003, p.80, destaque do autor). Essa perspectiva se constrói no contexto da chamada Ciência Global do Direito Penal, que é composta de três

1 Os maiores expoentes da construção dessa metodologia são Claus Roxin e Jorge de Figueiredo Dias.

ciências, autônomas e independentes, mas que se inter-relacionam, a saber: criminologia, política criminal e dogmática jurídico-penal. Conforme o entendimento doutrinário cada vez mais consolidado, as três ciências referidas[2] devem ser levadas em conta no estudo do fenômeno delitivo e da reação estatal correspondente.

Contemporaneamente, tem assumido peculiar importância a ciência político-criminal,[3] que deve orientar o sistema jurídico-penal com considerações teleológicas. Esclarece Fernandes (2003, grifo do autor) que "consequência prática dessa opção metodológica é, pois, a de que as categorias e os conceitos básicos da dogmática jurídico--penal devem ser *determinados* e *cunhados* a partir de proposições político-criminais e da função que por estas lhes é assinalada no sistema", proposições essas construídas após a análise fática proporcionada pela criminologia. Percebe-se assim a imbricação das três ciências integrantes da Ciência Global do Direito Penal e sua contribuição para o estudo do delito e de suas consequências jurídicas.

Foi justamente tendo por base referida metodologia que a presente pesquisa foi construída. Partindo de considerações fáticas a respeito da execução das medidas de segurança – incluindo a desinternação progressiva propriamente dita – e das orientações político-criminais próprias do Estado Democrático Social de Direito Material brasileiro, buscou-se fazer projeções dogmáticas, sobretudo no que diz respeito à desinternação progressiva. Tudo para fundamentar o seguinte juízo: se a desinternação progressiva atende ou não, de maneira mais adequada, à obrigação específica a que se vincula o Estado no contexto das medidas de segurança. Juízo esse que deve irradiar consequências para a reflexão sobre a pertinência de regulamentar-se legalmente o instituto.

2 Mir Puig (apud Fernandes, 2003, p.78), utilizando-se da teoria dimensional do Direito para explicitar as diferenças entre as três ciências, esclarece que a criminologia cuida do âmbito fático do direito penal; a política criminal, da dimensão valorativa; e a dogmática jurídico-penal, de seu aspecto normativo.

3 Ressalte-se que a política criminal deve, necessariamente, ser desenhada a partir da "concepção do Estado plasmada na Constituição" (ibidem, p.82).

A adequação da metodologia utilizada demonstra-se patente na medida em que não é de hoje que se reclama a formulação de políticas públicas calcadas em análises empíricas de seu impacto, sobretudo no âmbito do sistema penitenciário. No campo doutrinário, não são poucos os autores[4] que sustentam a necessária vinculação entre normativismo e ontologismo no âmbito do Direito Penal, pleiteando que as análises normativas próprias desse ramo do Direito realizem-se levando em conta as estruturas lógico-reais, de forma que as teorias e as propostas legislativas – no caso, sobre a desinternação progressiva – não sejam construídas apenas a partir de abstrações e considerações normativas,[5] mas comportem também suportes fáticos. Por isso a indispensabilidade da realização de pesquisa de campo no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico que desenvolve a desinternação progressiva. Acresça-se a isso a parca literatura existente a respeito do tema, impelindo-nos a buscar as informações necessárias por meio do contato com a instituição referida e pela realização de entrevistas com funcionários que a compõem e de análise de documentos por ela disponibilizados.

Obviamente, não se tem a ilusão de captar a "verdade única" a respeito do instituto analisado, conceito sistematicamente desconstruído nas ciências humanas. Porém, a pesquisa de campo certamente proporciona os dados mais seguros possíveis a respeito de experiências pouco estudadas, tal qual é o caso da desinternação progressiva. A pesquisa empírica objetivou romper com as especulações feitas sem nenhum suporte fático, para propiciar à pesquisa como um todo bases mais seguras.

Se a pesquisa de campo não pode oferecer uma concepção exclusiva sobre a desinternação progressiva, seguramente pode nos propiciar o conhecimento de sua efetiva estruturação, indicando as características do instituto, suas conquistas e suas imperfeições. Mais do que isso: o contato efetivo com a instituição, a análise de

---

4 Especialmente Schünemann (2003) e Mir Puig (2007) têm insistido nessa ideia.

5 Entenda-se normativa como fundada em juízos de valor, isso é, valorativa, atitude própria das ciências humanas.

documentos e a realização de entrevistas foram essenciais, na presente pesquisa, para iluminar o juízo que se deve fazer a respeito da eficácia político-criminal da desinternação progressiva no contexto das obrigações estatais no âmbito penal. Assim é que, no presente estudo, a hipótese fundamental é justamente a eficácia político-criminal da desinternação progressiva no contexto da obrigação estatal de reação ao fenômeno do delito, hipótese essa concebida no interior da teoria das medidas de segurança, abordada a partir da perspectiva metodológica fundada na Ciência Global do Direito Penal.

1
Da realidade manicomial dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico brasileiros

Diagnóstico da realidade manicomial nos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico brasileiros

O número de doentes mentais que cometem injustos penais é significativamente menor quando comparado ao número de delinquentes que não sofrem do mesmo distúrbio. Estatisticamente falando, os crimes cometidos por enfermos mentais não são tão preocupantes quanto à delinquência comum. No entanto, o enfermo mental causa grande temor à sociedade, que não o quer solto pelas ruas. Isso se deve muito mais à imprevisibilidade de suas condutas do que a uma real necessidade de controle do número de crimes cometido por esses indivíduos, pois estes não são expressivos (Gomes; García-Pablos de Molina, 2000, p.256-7).

Apesar dessa constatação, a realidade enfrentada pelos doentes mentais que cometem ilícitos no Brasil é preocupante, revelando absoluta desproporcionalidade e desnecessidade das medidas adotadas. A pretexto de proteger a sociedade e curar tais doentes mentais, estes são submetidos a tratamentos clinicamente questionáveis nos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico (HCTPs) a que são remetidos. É o que nos informa o Relatório da I Caravana Nacional de Direitos Humanos, realizada pela Câmara dos Deputados no

ano de 2000. Intitulada "Uma amostra da realidade manicomial brasileira", a Caravana investigou a realidade manicomial no Brasil, abrangendo tanto hospitais psiquiátricos comuns quanto HCTPs, estes ligados à execução penal.

De modo geral, a constatação da Casa Legislativa é alarmante,[1] pois a realidade manicomial brasileira fere, de modo geral e frontalmente, os direitos humanos dos indivíduos que a ela se submetem. Especificamente no que nos diz respeito, a realidade da execução das medidas de segurança nos HCTPs é preocupante.

No HCTP situado em Manaus, revelou-se uma ausência total de qualquer tipo de tratamento psiquiátrico aos internos, que são ali unicamente depositados em lugares inapropriados. A Caravana indicou a necessidade de interdição do estabelecimento e de urgente intervenção do Estado para resolver a situação.

> A segunda instituição visitada em Manaus foi o manicômio judiciário que, ao contrário do que indica o seu nome, não oferece qualquer tipo de tratamento aos seus internos. Quando de nossa visita, havia 24 internos na instituição, um pequeno pavilhão dentro da área onde está localizada a Cadeia Pública de Manaus. Neste pavilhão há 5 celas; três delas absolutamente inabitáveis. Esses espaços violam flagrantemente as normas básicas previstas pela própria Lei de Execuções Penais (LEP) e os princípios internacionais ratificados pelo Brasil. São celas escuras, sem ventilação, com dimensões inferiores aos 6 metros quadrados onde se empilham pessoas doentes. Não há um corpo técnico na instituição. O único psicólogo é o diretor. As três celas referidas devem ser imediatamente interditadas e o estado deve providenciar a formação de um corpo técnico capaz de, efetivamente, tratar os internos. (Brasil, 2000, on-line)

---

1 A respeito dos casos de violações dos direitos humanos em instituições psiquiátricas brasileiras, confira Silva (2001), em que consta, entre outros casos, o relato da carbonização de um interno, que estava amarrado em sua cama e que por isso não conseguiu livrar-se do incêndio. O episódio ocorreu na Clínica Izabela, em Goiânia, em 8 de agosto de 1999.

O HCTP de Itamaracá,[2] em Pernambuco, não demonstrou realidade diferente: os internos não recebem qualquer tratamento – quando da incursão, o hospital estava sem qualquer medicamento havia um mês –, as instalações são espúrias, faltam água e colchões. Essa situação revela absoluto descaso e profunda violação aos direitos humanos dos indivíduos ali custodiados. Também nesse caso, a Caravana de Direitos Humanos sugeriu a interdição do hospital, visível descumpridor de suas funções.

A Casa de Custódia e Tratamento Arnaldo Amado Ferreira, em Taubaté, no estado de São Paulo, também foi objeto da investigação realizada pela comitiva. A realidade ali encontrada também não propicia o tratamento e a reintegração social dos internos. Esses são aprisionados separadamente[3] e não têm acesso às demais

---

2 "[...] a instituição possui 70 leitos (56 para homens e 14 para mulheres). No dia de nossa visita abrigava 336 (trezentos e trinta e seis) internos. [...] No dia em que lá estivemos, a única profissional de nível superior presente na instituição era a médica plantonista. Esta profissional estava trancada em sua sala, dormindo. A sala onde ficam os médicos plantonistas é gradeada. Perguntada a respeito, a profissional revelou que teme muito por sua segurança e que, com a grade, sente-se melhor. Superlotado, o HCTP é uma casa de abandono e violência. Os pacientes não são tratados. Aliás, não são sequer concebidos como pacientes. Estão trancafiados em celas imundas e fétidas. Alguns deles, isolados e completamente nús. Segundo a médica plantonista, ficam nús por prescrição médica (!) pois são pacientes com risco de suicídio. Neste caso, como não há outro recurso técnico, nem pessoal para garantir que esses pacientes sejam observados, providencia-se no seu isolamento e se lhes retiram as roupas. (sic) Os pavilhões onde estão amontoados os internos são prédios inabitáveis, lúgubres e pestilentos. Em muitas celas, os internos convivem com seus próprios dejetos. A maioria é obrigada a dormir no chão. Os banheiros são imundos e em alguns não há sequer água. Quando de nossa visita, fazia um mês que o hospital estava sem qualquer medicação para fornecer aos internos. Tudo aqui não funciona. O HCTP é uma instituição de reclusão sem qualquer segurança que oferece aos internos a perspectiva de pena cruel e degradante. Em síntese, nem custodia, nem trata. Caso de interdição imediata e denúncia pública." (Brasil, 2000, on-line, destaque do autor).

3 "O escândalo da Casa de Custódia encontra-se precisamente no fato de os pacientes psiquiátricos estarem presos e isolados em celas. Com essa estrutura e com toda a praxe de sujeição que lhe acompanha os pacientes não podem encontrar o tratamento que precisam. Pelo contrário, a circunstância de isolamento

dependências da instituição,[4] que poderiam ser utilizadas para inúmeras atividades produtivas e ressocializadoras. O lugar em que os internos são colocados são verdadeiras celas, cujas condições não são satisfatórias. Seu espaço é muito reduzido, além de inexistir condições de higiene mínimas: o sanitário é desprovido de vaso e até mesmo o controle da descarga não se encontra à disposição dos internos, sendo aquele acionado pelos funcionários, pelo lado de fora da cela.[5] Tal configuração não possibilita o tratamento da doença mental desses indivíduos,[6] ao contrário, fomenta apenas uma cronificação da doença.

Alguns aspectos positivos, no entanto, foram levantados. Um deles é a existência de uma sala de terapia ocupacional, ainda que pequena, na qual os indivíduos realizam atividades artesanais. Além

---

celular só pode trazer complicadores para a saúde mental dos internos" (Brasil, 2000, on-line).

4 "Dentro da instituição há inúmeros espaços e pátios internos. Com exceção de uma pequena horta cultivada, todos os demais pátios são desertos. O diretor nos informou que aqueles espaços permanecerão desertos por 'motivo de segurança'. O argumento sustenta que os internos poderiam esconder estiletes entre as plantas" (ibidem, destaque do autor).

5 "As celas são espaços minúsculos – verdadeiros cubículos – onde os internos dispõem de um colchão e de um sanitário sem vaso (também conhecido por "Boi"). Em algumas galerias, o controle da descarga encontra-se no corredor de tal forma que são os agentes e monitores que as acionam. O acesso às celas não é gradeado. Suas portas são compactos em ferro e madeira onde se fez constar uma abertura retangular – do tamanho suficiente para que um prato de comida possa ser oferecido aos internos em suas celas. Esse espaço é fechado ou aberto por fora, com o manuseio de uma tranca. Os internos, assim, não estão apenas isolados. Estão, também, invisíveis" (ibidem, on-line). Cumpre registrar que o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária estabeleceu para quartos individuais com banheiros a metragem mínima de 12 m^2 (Ministério da Justiça, 2005, on-line).

6 "Quando nos deslocávamos da Casa de Custódia e atravessávamos o último corredor em direção à saída, um dos internos passou a bater em sua cela enquanto gritava sem parar: -'Fim da tortura humana, fim da tortura humana, fim da tortura humana...' Seu protesto desesperado, possivelmente enlouquecido, encerrava nossa visita e a própria caravana como uma síntese no interior da qual é possível identificar uma redundância; a tortura, afinal, é uma prática só construída pelos humanos" (Brasil, op. cit.).

disso, há duas unidades produtivas na instituição, a saber: o trabalho de acabamento de peças plásticas para automóveis e de montagem de cartelas com botões. A maioria dos indivíduos internados trabalha na instituição, seja nas atividades já referidas, seja em tarefas de manutenção do hospital, como capinar ou varrer. Outro aspecto considerado positivo pela Caravana de Direitos Humanos é a existência de um gabinete dentário com serviço de próteses dentárias, muito embora não se tenha conseguido apurar quantos internos já teriam recebido tais próteses. De qualquer forma, considerou-se que se trata de um recurso importante para possibilitar a promoção da autoestima dos internos, essencial para que o tratamento psiquiátrico tenha êxito, razão pela qual tal serviço deveria ser considerado obrigatório em relação aos demais hospitais psiquiátricos.[7]

Na Casa de Custódia e Tratamento de Taubaté, assim como ocorre na grande maioria das instituições psiquiátricas brasileiras, o exercício da sexualidade é vedado aos internos, em qualquer circunstância. Tal dado foi registrado pela Caravana como uma afronta aos direitos fundamentais assegurados pela Constituição Federal (CF).[8] Também deve ser considerado o fato de que tal proibição tende a dificultar o êxito do tratamento desses indivíduos. Isso porque, a pretexto da existência da doença mental, tais indivíduos são proibidos de manifestar reações humanas absolutamente normais. Tal situação também inibe a criação de laços afetivos que poderiam ser importantes para a cura e ressocialização desses indivíduos que, dessa forma, pouco a pouco vão sendo despersonalizados.[9]

---

7 "Tendo em conta que os pacientes internados nas instituições psiquiátricas brasileiras são, em regra, muito pobres e que possuem dentes em péssimo estado (quando os possuem), um serviço de prótese dentária deveria ser considerado um recurso básico e obrigatório" (Brasil, 2000, on-line).

8 "Aqui, como em todas as outras instituições, as chamadas "visitas íntimas" são vedadas. Assim, por uma decisão administrativa, o direito ao exercício da sexualidade é arbitrariamente suprimido. Trata-se de uma nova condenação, não prevista por qualquer lei e que contraria frontalmente os direitos e garantias individuais assegurados pela Constituição" (ibidem).

9 Devemos reconhecer, no entanto, que a efetivação desse direito aos internos traria outros problemas, já que o artigo 224 do Código Penal estabelece a

Uma constatação verificada pelos parlamentares da Caravana merece destaque: além dos 244 indivíduos que se encontravam submetidos à medida de segurança, havia um anexo à Casa de Custódia que concentrava mais 170 presos comuns considerados inadaptados ao sistema penitenciário paulista.[10] Trata-se de uma situação claramente irregular, que não poderia ter se configurado.

No HCTP Prof. André Teixeira Lima, localizado em Franco da Rocha, estado de São Paulo, foram encontrados 621 internos, entre homens e mulheres, sendo que a capacidade máxima do hospital é estimada em quatrocentas vagas. Para a comitiva, o número referente à capacidade máxima deveria ser menor, considerando as necessidades terapêuticas adequadas. Em outras palavras, a superlotação nesse HCTP é gravíssima.[11] Além desse problema, identificou-se a existência de uma prática de tratamento coletivo, isto é, o tratamento não é realizado de acordo com o diagnóstico e as necessidades de cada paciente, e sim de maneira massificada.[12] Como nas demais instituições psiquiátricas, o exercício da sexualidade pelos internos é proibido, em qualquer situação.

A Caravana identificou, no entanto, um aspecto positivo nessa unidade psiquiátrica: a criação da alta ou desinternação progressiva,

---

presunção de violência, nos crimes sexuais, quando a vítima é alienada ou débil mental.

10 "O perfil desses internos, não obstante, é totalmente diverso: trata-se de um conjunto de presos comuns 'inadaptados' ao sistema penitenciário, ameaçados de morte ou com histórico de indisciplina e delitos graves cometidos nas prisões paulistas" (Brasil, 2000, on-line).

11 "Nessa instituição estavam alojados 621 homens e mulheres para uma lotação de 400 vagas, segundo as estimativas oficiais. A superlotação é aqui um problema sério e a lotação máxima cairia abruptamente se fôssemos calculá-la de acordo com os requisitos para um razoável tratamento de saúde. Os alojamentos coletivos dispõem de leitos que estão "colados" uns aos outros" (ibidem, destaque do autor). Ademais, conforme a Resolução 03/05 do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, a capacidade mínima de um HCTP é de 20 vagas, e a máxima é de 120 vagas (Ministério da Justiça, 2005, on-line).

12 "Ao que tudo indica, os internos são medicados 'coletivamente'; vale dizer: sem a necessária atenção individualizada" (ibidem).

realizada em outra unidade do hospital.[13] Como se vê, a desinternação progressiva foi considerada pelos membros da Caravana como fomentadora dos direitos humanos dos indivíduos internos, pois por meio dela recebem um tratamento não apenas farmacológico, mas também de intuito ressocializador, já que são realizadas visitas a familiares, é permitido o trabalho externo, além de haver atividades dentro da instituição, como horticultura e marcenaria (Ferrari, 2001b). Por meio desse trabalho, a característica hospitalocêntrica do tratamento é minimizada, possibilitando a efetivação da reinserção social dos internos.

No entanto, o diagnóstico traçado pela Caravana aponta para a predominância de uma realidade manicomial violadora dos direitos humanos dos indivíduos a ela submetidos e desrespeitadora de suas finalidades terapêuticas. Embora a incursão não tenha visitado todos os HCTPs brasileiros, características muito semelhantes foram encontradas nos hospitais objetos da Caravana, denunciando uma forte tendência no sentido anteriormente mencionado. Dessa forma, podemos afimar que a execução das medidas de segurança no Brasil necessita de urgente reestruturação, a fim de melhorar tanto as condições físicas das instituições psiquiátricas quanto a qualidade do tratamento terapêutico dispensado, pois estas não têm correspondido nem ao mínimo que delas se espera.

Essa configuração é ratificada pelo relatório anual de 2003 sobre direitos humanos do Centro de Justiça Global. Esse documento denunciou a situação do HCTP da Bahia, no qual ocorreram vinte mortes em 2003 (Direitos..., 2004, p.118). Relata o documento que o Ministério Público da Bahia havia instaurado inquério civil (nº 004/03) para apurar as condições de internação no hospital, baseado em informações que denunciavam diversas irregularidades.[14]

---

13 "A situação só não é ainda mais grave por conta dos esforços da atual direção que desenvolveu uma unidade paralela destinada a preparação da "alta progressiva" dos internos" (Brasil, 2000, on-line). Essa unidade, antes denominada Colônia de Desinternação Progressiva, corresponde atualmente ao Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico II de Franco da Rocha (HCTP II).

14 "[...] além das questões relativas às péssimas condições de trabalho dos agentes penitenciários, problemas graves de insalubridade nas instalações hospitalares,

No HCTP do Espírito Santo, também foram encontradas graves irregularidades,[15] conforme consta do relatório sobre tortura no Brasil, elaborado pela Câmara dos Deputados. Como se vê, é inadiável que se enfrente a questão psiquiátrica no âmbito da execução penal, para que os direitos fundamentais dos inimputáveis sejam respeitados e para que a medida de segurança cumpra suas funções minimamente.

Dados oficiais a respeito da execução das medidas de segurança no Brasil

Informações oficiais a respeito da execução das medidas de segurança no Brasil, assim como do sistema penitenciário como um todo, são escassas, o que certamente dificulta o levantamento dos problemas enfrentados e a formulação de soluções pertinentes. Tanto é assim que a já referida Caravana de Direitos Humanos elencou, entre suas recomendações, a de que o Ministério da Saúde realizasse, conjuntamente com os Estados-membros, um "diagnóstico preciso

---

como por exemplo banheiros completamente entupidos de excrementos, falta de água, corredores das alas onde ficam os internos sujos, onde exala um odor insuportável de fezes e urina, refeitório sujo, falta de iluminação nas áreas internas e externas, lixo na área externa, camas enferrujadas, sem colchões, falta de medicamentos, inexistência de tratamento terapêutico adequado, dentre outras irregularidades" (Portaria do Ministério Público da Bahia n.º 004/03, de 26 de fevereiro de 2003 apud Direitos..., 2004, p.118).

15 "Vários doentes dormem no chão. As paredes das celas/quartos estão queimadas, molhadas pelas infiltrações, propiciando um ambiente mal cheiroso, úmido, com mofos e conseqüentemente, de total insalubridade. [...] Os banheiros são imundos. Além dos alagamentos nos banheiros da unidade, quase todos os sistemas de 'descargas' dos sanitários estão quebrados, deixando aqueles entupidos e, conseqüentemente, com um mal cheiro insuportável, expondo ainda mais a risco a saúde de todos os internos e funcionários. [...] A sujeira também se acumula nas celas e parte externa do manicômio, propiciando o aparecimento de ratos e baratas, vistos em qualquer parte do 'hospital'. [...] Por problemas de vazamento a enfermaria já funciona há mais de um ano dentro de um banheiro. O único leito na enfermaria não possui nem mesmo colchão" (Câmara dos Deputados, 2005, p.105-8, destaque do autor).

sobre a realidade dos manicômios judiciários brasileiros" (Brasil, 2000, on-line).

Apenas recentemente esforços mais expressivos têm se realizado, por meio do Departamento Penitenciário Nacional (Depen), ligado ao Ministério da Justiça. Nesse sentido, foi formulado o documento "Sistema penitenciário no Brasil: dados consolidados" (Ministério da Justiça, 2006). O relatório trata de dados referentes a dezembro de 2004 e dezembro de 2005, baseados em informações fornecidas pelas próprias instituições ligadas à execução penal, por meio do Sistema Integrado de Informação Penitenciária (Infopen). Por essa razão, como o próprio Depen admite na apresentação do trabalho, esse relatório ainda é incompleto, pois muitas instituições não se manifestaram ou forneceram apenas parte das informações requeridas. De qualquer forma, trata-se de documentação muito importante, e que será paulatinamente acrescida das informações faltantes, no sentido de contribuir para o levantamento total a respeito do sistema penitenciário brasileiro. Com efeito, nova edição do documento foi publicada em 2007 (idem, 2007a), tudo levando a crer que a sistematização dos dados do sistema penitenciário brasileiro será cada vez mais aprimorada.[16]

Conforme levantamento realizado através do Infopen (idem, 2006), em 2004 havia 3.057 pessoas submetidas à medida de segurança no Brasil, sendo 2.807 homens e 250 mulheres. Em 2005, havia 3.845 indivíduos cumprindo a medida, sendo 3.656 homens e 189 mulheres; 1.447 homens e 98 mulheres cumpriam, naquela data, medida de segurança detentiva (internação), ao passo que 2.209 homens e 91 mulheres estavam submetidos à medida de segurança restritiva (tratamento ambulatorial).[17]

---

16 Indício de que esse sistema de levantamento de dados parece seguir no rumo certo é a premiação obtida em 23 de outubro de 2007 (prêmio Mérito 2007), durante a realização do XII Encontro Politec de Tecnologia e Negócios (Ministério da Justiça, 2007b).

17 Vale lembrar que nem todos os estados prestaram informações, não sendo, portanto, completos esses dados.

O levantamento apresenta também a distribuição do número de pessoas por estado que cumpriam medida de segurança em dezembro de 2005 (Ministério da Justiça, 2006, p.42). No entanto, tal quadro apresenta diversas incongruências, pois muitas instituições prestaram informações apenas em 2004, ou então simplesmente não as forneceram. Assim, os dados consolidados não representam exatamente a realidade da execução das medidas de segurança em cada estado brasileiro. A expectativa é a de que, nos próximos anos, as instituições forneçam dados precisos e atualizados, para que o levantamento corresponda cada vez mais à realidade. De qualquer forma, o esforço é válido em relação ao início de uma sistematização dos números relativos à medida de segurança, há tempos requerida.[18]

Quadro 1 – Quadro geral do sistema penitenciário – Dezembro 2005.

	Medida de segurança Internação		Medida de segurança Tratamento	
UF	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
AC	5	0	1	1
AL	29	4	32	4
AM	4	0	0	0
AP	0	0	0	0
BA	80	3	0	0
CE	36	0	112	0
DF	55	3	0	0
ES	63	4	0	0
GO	20	3	0	0
MA	0	0	0	0
MG	5	2	36	-

18 O Seminário Nacional para Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (Brasil, 2002), realizado pelos Ministérios da Justiça e da Saúde, apontou a necessidade de se criar um banco de dados com a finalidade de registrar os dados identificadores pessoais e familiares dos indivíduos submetidos à medida de segurança, além de dados sociais, psiquiátricos e jurídicos (delito cometido, tempo de internação, situação do processo etc.).

	Medida de segurança Internação		Medida de segurança Tratamento	
UF	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
MS	0	0	0	0
MT	28	5	4	2
PA	76	0	0	0
PB	90	4	0	0
PE	284	20	-	-
PI	16	2	0	0
PR	0	0	0	0
RJ	0	0	1.389	0
RN	29	0	0	0
RO	34	20	12	6
RR	0	0	0	0
RS	443	26	-	-
SC	121	0	0	0
SE	29	2	-	-
SP	-	-	623	78
TO	0	0	0	0
Total	1447	98	2209	91

Valores marcados com "–" não foram informados pelos estados desde dezembro de 2004.
Valores sublinhados referem-se a dez. 2004.
Fonte: Quadro geral do sistema penitenciário – Dezembro de 2005 (MJ/Depen/Infopen)

Conforme dados do mesmo levantamento (Ministério da Justiça, 2006, p.43), ainda parciais, existem no Brasil 26 HCTPs, assim divididos entre os estados:

Quadro 2 – Quadro geral de HCTPs.

UF	HCTP
AC	0
AL	1
AM	1
AP	0

Continua

Continuação

UF	HCTP
BA	1
CE	2
DF	0
ES	1
GO	0
MA	0
MG	2
MS	0
MT	1
PA	1
PB	1
PE	0
PI	0
PR	1
RJ	8
RN	1
RO	0
RR	0
RS	1
SC	1
SE	1
SP	2
TO	0
Total	26

Fonte: Quadro geral de estabelecimentos por estado (MJ/Depen/Infopen)

Conforme dados do Depen (Ministério da Justiça), seguem as denominações dessas instituições psiquiátricas. Em Alagoas: Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy. No Amazonas: Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Amazonas. Na Bahia: Hospital de Custódia e Tratamento. No Ceará: Hospital Geral e Sanatório Penal Prof. Otávio Lobo e Instituto Psiquiátrico Governador Stênio Gomes. No Espírito Santo: Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Em Minas Gerais: Hospital de

Toxicômanos Padre Wilsom Vale da Costa e Hospital Psiquiátrico e Judiciário Jorge Vaz. Em Mato Grosso: Unidade de Saúde II (Saúde Mental) – anexo à Unidade Prisional Regional Pascoal Ramos. No Pará: Hospital de Custódia de Americano. Na Paraíba: Instituto de Psiquiatria Forense. No Paraná: Complexo Médico Penal do Paraná. No Rio de Janeiro: Hospital Penal de Niterói, Hospital Sanatório Penal, Hospital Psiquiátrico Penal Roberto Medeiros, Hospital Dr. Hamilton Agostinho Vieira de Castro, Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho, Hospital Penal Fábio Soares Maciel, Hospital Fábio Soares Maciel e Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Henrique Roxo. No Rio Grande do Norte: Unidade Psiquiátrica de Custódia e Tratamento de Natal. No Rio Grande do Sul: Instituto Psiquiátrico Forense. Em Santa Catarina: Hospital de Custódia e Tratamento Penitenciário. Em Sergipe: Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Sergipe. Em São Paulo: Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Prof. André Teixeira Lima de Franco da Rocha I e Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Franco da Rocha II.

A incompletude dessas informações fica clara, por exemplo, quando o quadro nos informa que, em Pernambuco, não há qualquer HCTP, quando se sabe da existência de um hospital na cidade de Itamaracá, visitado pela Caravana de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados. Também não consta do levantamento o HCTP Arnaldo Amado Ferreira, em Taubaté, estado de São Paulo, também objeto da caravana. Assim, fica claro que as informações a respeito da execução penal no Brasil ainda não foram totalmente concentradas, e a expectativa é a de que se logre em breve alcançar esse objetivo, essencial para uma análise cada vez mais realista e capaz de formular soluções adequadas para os problemas enfrentados.

Os dados mais recentes, por sua vez, apresentam uma sistematização mais completa em determinados pontos; em outros, porém, tal não ocorreu, o que passaremos a analisar. Com relação ao número de HCTPs, o levantamento parece ser mais completo (Ministério da Justiça, 2007a, p.45):

Quadro 3 – HCTPs.

UF	Mas.	Fem.	Amb.	Total
AC	0	0	0	0
AL	0	0	1	1
AM	0	0	1	1
AP	0	0	0	0
BA	0	0	1	1
CE	0	0	2	2
DF	0	0	0	0
ES	0	0	1	1
GO	0	0	0	0
MA	0	0	0	0
MG	3	0	0	3
MS	0	0	0	0
MT	0	0	0	0
PA	0	0	1	1
PB	0	0	1	1
PE	0	0	1	1
PI	1	0	0	1
PR	0	0	1	1
RJ	0	0	7	7
RN	0	0	1	1
RO	0	0	0	0
RR	0	0	0	0
RS	0	0	1	1
SC	1	0	0	1
SE	0	0	1	1
SP	0	0	3	3
TO	0	0	0	0
Total HCTPs	5	0	23	28

Fonte: Estabelecimentos por estado (MJ/Depen/Infopen)

Com efeito, parecem ter sido incluídos os HCTPs localizados em Taubaté,[19] estado de São Paulo, e em Itamaracá, estado de

19 De fato, o HCTP Arnaldo Amado Ferreira é citado nos dados a respeito dos estabelecimentos prisionais estaduais, constantes do sítio do Depen (Ministério da Justiça, 2006).

Pernambuco.[20] Na tabela, observa-se a presença de mais um hospital em Minas Gerais;[21] no Piauí,[22] passou a figurar um HCTP; no Rio de Janeiro,[23] o número de hospitais caiu em uma unidade (de oito para sete); e no Mato Grosso,[24] figurava um hospital na consolidação anterior, e na atual isso não se repetiu. Deve-se frisar também que enquanto o levantamento anterior trazia em seu bojo o nome de todos os estabelecimentos prisionais brasileiros, o publicado em 2007 não o faz. Esses dados, no entanto, podem ser encontrados no sítio do Ministério da Justiça, e referem-se a janeiro de 2007 (Ministério da Justiça, 2006).

Tais dados, como verificado, parecem conflitar, em alguns aspectos, com a tabela ora analisada. Com exceção da inclusão do HCTP Arnaldo Amado Ferreira, no estado de São Paulo, as modificações trazidas na tabela não são refletidas nessas informações, o que, no que diz respeito aos hospitais, pode nos levar a afirmar que os dados não foram devidamente atualizados, ocorrendo certa desarmonia entre aqueles fornecidos pelo Depen. Ademais, com relação aos estabelecimentos de São Paulo (ibidem), houve outras duas inclusões caracterizadas como HCTPs: Centro Hospitalar do Sistema Penitenciário + Ala de Psiquiatria e Centro de Atendimento

---

20 As informações sobre as instituições penais, no entanto, não elencam nem nomeiam esse hospital (Ministério da Justiça, 2006).

21 Os dados relativos aos estabelecimentos penitenciários estaduais, no entanto, não citam nem descrevem esse terceiro hospital (ibidem). Em verdade, afirma haver apenas dois HCTPs em Minas Gerais.

22 O mesmo ocorre com o estado do Piauí: não há referência a esse hospital no rol dos estabelecimentos penais (ibidem).

23 Nesse mesmo rol, ainda figuram oito hospitais no Rio de Janeiro, os mesmos anteriormente nomeados (ibidem). Talvez a redução tenha ocorrido na tabela anterior em razão de o Hospital Penal Fábio Soares Maciel e o Hospital Fábio Soares Maciel parecerem ser o mesmo, inclusive porque os endereços indicados são muito parecidos.

24 No entanto, as informações sobre os estabelecimentos prisionais preservam a existência de um hospital no estado, denominado Unidade de Saúde II (Saúde Mental) – anexo à Unidade Prisional Regional Pascoal Ramos (ibidem). Talvez não conste da tabela ora analisada (idem, 2007a) em razão de parecer ser um setor de uma unidade prisional, setor esse encarregado da saúde mental dos presos, o que não lhe dá o caráter de HCTP.

Hospitalar à Mulher Presa, não ficando claro, apesar da classificação, se realmente se trata de hospitais de custódia, destinados a indivíduos em medida de segurança, mais parecendo se tratar de hospitais vinculados à execução da pena, com o intuito de cuidar da saúde mental dos apenados. De qualquer forma, observe-se que essas duas inclusões não obtiveram guarida na consolidação publicada em 2007 (Ministério da Justiça, 2007a), conforme expressa a tabela objeto da presente análise.[25]

Por outro lado, a consolidação levada a cabo em 2007 avançou na tentativa de numerar os HCTPs destinados ao público masculino, os que abrigam o público feminino e os que se destinam a ambos, diferentemente do levantamento anterior, que fornece apenas o número total de HCTPs. Trata-se de iniciativa importante para detalhar as informações a respeito dessas instituições. Ainda assim, algumas ambiguidades parecem existir.

Assim é que com relação ao Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico II de Franco da Rocha (HCTP II), onde ocorre a desinternação progressiva, a classificação feita considerou-o como destinado a ambos os sexos.[26] No entanto, durante a pesquisa de campo, verificou-se que a instituição somente abriga homens, não havendo possibilidade de internação para mulheres.[27] Sendo assim, parece que seria mais adequado classificar o referido hospital de outra maneira, a não ser que a intenção seja futuramente ampliar as atividades. Nesse exato sentido, a descrição dos estabelecimentos prisionais de São Paulo traz a destinação do referido hospital como

---

25 Ou ainda, o terceiro hospital, agora incluído na tabela, pode se referir a um desses centros hospitalares, e não ao HCTP Arnaldo Amado Ferreira, como insinuamos.

26 Considerando que três hospitais de custódia de São Paulo encontram-se nesse levantamento, e que nenhum hospital paulista foi inserido nas outras classificações.

27 Questionando-se então a respeito da possibilidade de progressão da medida de segurança para pacientes mulheres, verificou-se que o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico I conta com uma ala de progressão para mulheres, instituição que, essa sim, abriga indivíduos de ambos os sexos.

masculina[28] (Ministério da Justiça). Note-se que se tratam todos de dados de 2007 e, no entanto, são conflitantes. De toda forma, o que se quer dizer com essa reflexão é que os dados do Infopen, provavelmente, não são absolutamente exatos,[29] requerendo certo cuidado em sua manipulação. Tanto é assim que, em nova estatística, datada de junho de 2007, também constante no sítio do Depen (idem, 2006; 2007, on-line), a numeração e a configuração dos HCTPs brasileiros sofrem novamente modificação.

Quadro 4 – HCTPs.

UF	Mas.	Fem.	Amb.	Total
AC	0	0	0	0
AL	0	0	1	1
AM	0	0	1	1
AP	0	0	0	0
BA	0	0	1	1
CE	2	0	0	2
DF	0	0	0	0
ES	0	0	1	1
GO	0	0	0	0
MA	0	0	0	0
MG	3	0	0	3
MS	0	0	0	0
MT	0	0	0	0
PA	0	0	1	1
PB	1	0	0	1
PE	0	0	1	1
PI	1	0	0	1

Continua

28 A mesma descrição caracteriza o HCTP II como de segurança máxima, o que provavelmente deveria ser revisto, considerando a natureza da instituição, destinada a aumentar o contato do interno com a sociedade, e sua própria estrutura física (sequer há cercas em todo seu entorno, por exemplo).

29 O que pode ser compreendido pelo fato de ser uma experiência recente, ainda em construção, e que tem de contar com a boa-vontade e disciplina de todos os estabelecimentos penais brasileiros para obter uma maior exatidão.

Continuação

UF	Mas.	Fem.	Amb.	Total
PR	0	0	1	1
RJ	2	0	5	7
RN	0	0	1	1
RO	0	0	0	0
RR	0	0	0	0
RS	0	0	2	2
SC	1	0	0	1
SE	0	0	1	1
SP	1	1	3	5
TO	0	0	0	0
Total HCTP	11	1	19	31

Fonte: Quadro geral de estabelecimentos por estado (MJ/Depen/Infopen)

As mudanças apresentadas nessas novas estatísticas são de duas ordens: acréscimo de três unidades no número total de HCTPs e reclassificação destes, segundo sua destinação (masculino, feminino e ambos). No Ceará, os dois hospitais passaram a ser classificados como masculinos, e não mais destinados aos dois gêneros; em Pernambuco, o mesmo ocorreu com o HCTP daquele estado. No Rio de Janeiro, o número total de hospitais continuou o mesmo (sete), mas dois deles passaram a figurar como masculinos. Com relação ao Rio Grande do Sul, houve aumento do número de hospitais, passando os dados a nos informar que há dois hospitais que atendem ambos os gêneros, e não apenas um.[30] Finalmente, em São Paulo, o número total passa a ser de cinco HCTPs, provavelmente em razão da inclusão do Centro Hospitalar do Sistema Penitenciário + Ala de Psiquiatria, que atende os públicos masculino e feminino, e do Centro de Atendimento Hospitalar à Mulher Presa, que atende as mulheres. O rol de estabelecimentos prisionais de São Paulo informa, como já dito, que o HCTP II atende homens, e que os

30 A esperança é a de que as próximas consolidações definam corretamente os hospitais de cada estado e forneçam informações detalhadas a seu respeito.

HCTPs Arnaldo Amado Ferreira e Prof. André Teixeira Lima atendem todos os gêneros (Ministério da Justiça, 2006). Sendo assim, o HCTP II, antes classificado como destinado aos dois gêneros, passou definitiva e corretamente a ser classificado como masculino, o que corresponde à realidade dos fatos.

Cumpre registrar também o número de indivíduos submetidos à medida de segurança no Brasil, em dezembro de 2006: 3.595. Desses, 3.256 eram homens e 339 eram mulheres. 2.794 homens e 216 mulheres estavam internados, ao passo que 462 homens e 123 mulheres encontravam-se submetidos a tratamento ambulatorial (idem, 2007a, p.34-4). Observe-se que o número de pessoas submetidas a internação (3.010) é bem maior que a população submetida a tratamento ambulatorial (585), o que revela que o Brasil muito tem de avançar na construção de um tratamento psiquiátrico menos asilar. Ademais, registre-se que, seguindo a tendência do sistema prisional como um todo, há mais homens que mulheres cumprindo medida de segurança.[31]

Em dezembro de 2006, o número de submetidos à medida de segurança por estados é o seguinte (ibidem, p.44):

Quadro 5 – Medida de segurança por estados.

	Medida de segurança Internação		Medida de segurança Tratamento	
UF	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
AC	9	1	0	0
AL	31	3	0	0
AM	18	0	8	0
AP	0	0	9	0
BA	78	4	0	0
CE	40	0	147	0
DF	58	4	0	0
ES	31	3	0	0

Continua

31 As razões desse fenômeno fogem aos limites deste trabalho.

Continuação

	Medida de segurança Internação		Medida de segurança Tratamento	
UF	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
GO	21	4	0	0
MA	4	0	0	0
MG	192	22	0	0
MS	23	0	0	0
MT	29	0	0	0
PA	0	0	0	0
PB	0	0	0	0
PE	284	25	0	0
PI	12	1	28	0
PR	280	19	0	0
RJ	147	7	6	0
RN	46	0	14	0
RO	25	3	0	0
RR	12	0	49	7
RS	456	24	146	34
SC	121	0	0	0
SE	55	2	0	0
SP	819	94	55	82
TO	3	0	0	0
Total	2.794	216	462	123

Fonte: Quadro geral do sistema penitenciário – Dezembro de 2006 (MJ/Depen/Infopen)

Note-se que no estado de São Paulo havia 1.050 pessoas submetidas à medida de segurança, e o número de indivíduos internados corresponde a 913, e o de submetidos a tratamento ambulatorial, a 137. Havia mais homens (874) que mulheres (176) cumprindo a medida, ressaltando-se que a grande maioria de internos nesse estado era formada por um público masculino que cumpria internação. Considerando que no Brasil o número total de pessoas submetidas à medida de segurança era de 3.595 indivíduos, a população paulista correspondia, nessa data, a cerca de 29% do total da população brasileira nessa mesma situação.

Já em junho de 2007 (Ministério da Justiça), a distribuição dos indivíduos era a seguinte:

Quadro 6 – Medida de segurança por estados.

	Medida de segurança Internação		Medida de segurança Tratamento	
UF	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
AC	3	6	2	1
AL	27	4	0	0
AM	21	0	5	0
AP	2	0	0	0
BA	57	3	0	0
CE	47	0	129	0
DF	68	3	1	0
ES	36	4	0	0
GO	52	1	1	0
MA	0	0	0	0
MG	61	455	0	0
MS	28	0	0	0
MT	27	0	0	0
PA	55	0	40	0
PB	0	0	0	0
PE	341	33	0	0
PI	54	1	31	0
PR	283	16	0	0
RJ	162	7	11	1
RN	47	0	4	0
RO	27	3	0	0
RR	1	0	0	0
RS	657	57	0	0
SC	105	1	0	0
SE	55	3	0	0
SP	891	93	122	109
TO	0	0	0	0
Total	3.107	690	346	111

Fonte: Quadro geral de estabelecimento por estado (MJ/Depen/Infopen)

Pode-se tranquilamente concluir que, no Brasil, em junho de 2007, havia 4.254 pessoas cumprindo medida de segurança, sendo que no estado de São Paulo havia 1.215 indivíduos, o que corresponde a aproximadamente 28,5% do total. Note-se que São Paulo responde por quase um terço da população dos HCTPs brasileiros, sendo que 984 pessoas cumpriam internação, enquanto que 231 cumpriam tratamento ambulatorial, e 1.013 eram homens e 202 eram mulheres.[32] Segue, portanto, a tendência da predominância da espécie internação dirigida ao público masculino, acompanhando, aliás, a tendência geral brasileira.

De qualquer forma, percebe-se que a desinternação progressiva, realizada atualmente no HCTP II, merece ser analisada de forma mais aprofundada e específica, seja porque se trata de experiência inovadora, seja porque o estado de São Paulo detém quase um terço da população submetida à medida de segurança.[33] Uma mudança substancial na execução das medidas de segurança no estado de São Paulo, como é o caso da desinternação progressiva, certamente configura uma tendência significativa no quadro do sistema penitenciário brasileiro, merecendo maior análise.

Necessidade de reestruturação dos HCTPs brasileiros

A ineficiência do tratamento psiquiátrico asilar é cada vez mais evidente e reconhecida[34] (Delgado, 2001). Ainda quando realizado

32 Registre-se que a capacidade de ocupação dos HCTPs paulistas, considerando a modalidade internação, foi estimada em 904 vagas em junho de 2007, sendo 824 referentes ao público masculino e 80 ao público feminino (Ministério da Justiça, 2006). Há, portanto, um excedente de 67 homens e 13 mulheres internados, totalizando 80 indivíduos, o que gera preocupação.

33 A desinternação progressiva propriamente dita abriga aproximadamente duzentos pacientes, o que corresponde a cerca de 15% dos indivíduos submetidos à medida de segurança no estado de São Paulo e a cerca de 5% da população brasileira custodiada.

34 Goffman (2003) denuncia, eloquentemente, a realidade das instituições totais.

em condições satisfatórias (corpo técnico preparado, medicamentos adequados, boa estrutura física da instituição etc.), o tratamento não obtém êxito. Isso porque o próprio pressuposto da intervenção médica – a segregação do doente[35] – não possibilita a cura e a ressocialização do indivíduo. Antes disso, o que se obtém, não raro, é a cronificação da doença, que passa a legitimar a continuidade da segregação. Esse ciclo aprisiona o indivíduo, que se encontra coativamente internado para alcançar uma cura que nunca se efetiva. Conforme Goffman (2003, p.294), o tratamento psiquiátrico dispensado nos hospitais psiquiátricos "não tem, em si mesmo, uma probabilidade de acerto suficientemente grande" que justifique a hospitalização e suas decorrências. Ademais, uma grande incoerência é apontada: quando há cura ou melhora, o resultado é creditado ao trabalho do hospital; quando elas não ocorrem, o fracasso é explicado pela natureza rebelde da doença e as dificuldades que traz, e não à incompetência do hospital para lidar com aquela situação. Mesmo nessa situação de inoperância, justifica-se o tratamento psiquiátrico, que, nessa ótica, deve continuar sendo realizado, exatamente porque não obteve êxito (ibidem, p.309).

Na verdade, há uma grande controvérsia a respeito do próprio conceito de doença mental, questão que foge aos limites deste trabalho, mas que merece ser mencionada. Isso porque há muitos teóricos que rejeitam a ideia de doença mental ou, antes, consideram-na uma construção histórica, muito embora ordinariamente se aceite a hegemonia de seu conceito. Para a ciência médica convencional, a doença mental seria uma alteração da saúde mental, causada por

---

35 Goffman (2003, p.286-7) ressalta que, na verdade, o serviço psiquiátrico não busca, primordialmente, o tratamento da doença mental do inimputável, e sim a proteção da sociedade contra seus atos inoportunos. Assim, o cliente do serviço psiquiátrico não é o doente, mas sua família, vizinhos etc. Lembre-se que o autor está analisando o tratamento psiquiátrico comum, realizado nos hospitais públicos, e não especificamente o relativo à execução penal. Se no serviço psiquiátrico comum a cura do doente não é objetivo primeiro, que dirá do tratamento penal, cujo pressuposto foi a efetiva ofensa de bens jurídicos relevantes e a necessidade de proteção da sociedade. Nesse contexto, deve haver um imenso esforço para que o tratamento tenha algum efeito terapêutico.

fatores biológicos, químicos ou neurológicos, sendo seu tratamento preponderantemente farmacológico. Outra corrente, herdeira da psicologia e das ciências sociais, entende que os fatores sociais e culturais também influenciam o surgimento da doença mental, ao lado das alterações físicas (Gonçalves, 2004). Entendimento diverso questiona o conceito de doença mental, chegando mesmo a desconstruí-lo. Nesse sentido, destaca-se Foucault, para quem a Psiquiatria, muito longe de descobrir a verdade da doença mental, tratou de construí-la.[36] Szasz (1976),[37] ícone da Antipsiquiatria, pondera que a criação da disciplina Psiquiatria foi parte integrante do processo de substituição de conceitos religiosos por conceitos científicos, que se deu em muitos outros campos. Para Birman (1978),

---

36 Foucault (2003) afirma que a loucura substituiu o espaço da lepra, ou melhor, os asilos tomaram o lugar antes designados aos leprosários. Foi somente na época do Iluminismo que se enclausuraram os loucos, com a chamada grande internação, internando-se loucos, marginais, mendigos e ladrões com o objetivo de reforçar e transmitir a disciplina para o trabalho. Na França, por exemplo, cada grande cidade tinha seu Hospital Geral: Bicêtre, Salpêtrière, Charenton. Foi Pinel, no século XVIII, que criou os manicômios com o objetivo de separar os loucos dos outros marginalizados. Com isso, o internamento torna-se medida de caráter médico. A loucura é então aprisionada no conceito de doença mental, possibilitando o próprio surgimento da Psiquiatria. A história elenca Pinel, Tuke, Wagnitz e Riel como os fundadores da Psiquiatria e do humanismo no tratamento da doença mental. Para Foucault, entretanto, eles apenas estreitaram as práticas do internamento em torno do louco. Quando Pinel liberta os acorrentados, se se rompem as restrições físicas dos doentes, reconstitui-se um encadeamento moral sobre eles. Enfim, nas palavras de Foucault (1968, p.80): "tudo isto não é a descoberta progressiva daquilo que é a loucura na sua verdade de natureza; mas somente a sedimentação do que a história do Ocidente fez dela em 300 anos. A loucura é muito mais histórica do que se acredita geralmente, mas muito mais jovem também".

37 Também para esse crítico da Psiquiatria, o internamento dos chamados doentes mentais não é realizado em benefício deles mesmos, mas enquanto medida de proteção da sociedade, por eles ameaçada. Em última instância, a Psiquiatria seria uma verdadeira agência de controle social, disfarçada por meio do tratamento mental que realiza (Serrano, 1985). A estreita relação entre Direito Penal e Psiquiatria, para Velo (2003, p.241) deu-se exatamente nestes termos: "o direito criminal e a medicina, a psiquiátrica em especial, aliaram-se e se fortaleceram como instâncias formais de controle social".

o núcleo central da cura psiquiátrica, muito longe da cura de uma suposta doença mental e da volta à normalidade, seria o tratamento moral do indivíduo.[38] Assim, note-se que não apenas a questão do tratamento da doença mental é controverso, como também a própria definição da patologia mental.

De qualquer forma, as consequências negativas da internação prolongada do doente mental são diversas (Goffman, 2003; Delgado, 2001, p.191-2), como a perda do contato com a realidade externa, a submissão às atitudes autoritárias do corpo técnico, o ócio forçado, a sedação medicamentosa, a perda da perspectiva de vida para além da instituição, a perda de amigos e do contato com familiares, a desqualificação permanente do discurso e das atitudes dos internos.[39] Em decorrência dessa configuração institucional, o paciente passa a apresentar a chamada neurose institucional, caracterizada por apatia, ausência de interesse e iniciativa, indiferença frente a medidas tomadas contra ele, submissão, resignação diante dos fatos, incapacidade de formulação de projetos pessoais e deterioração dos hábitos pessoais, como a higiene (Barton, 1974 apud Delgado, 2001, p.191).

Em outras palavras, muito longe de socializar, o que o internamento prolongado[40] faz é dessocializar definitivamente o indivíduo, além de deteriorar sua identidade e autoestima.[41] Em razão disso,

---

38 Muitos teóricos distanciam-se da concepção exclusivamente médica da doença mental. Lévi-Strauss, por exemplo, entende que a doença mental ocorre quando o indivíduo dissocia-se do sistema simbólico do grupo, dele se alienando. Frayze-Pereira (1985) sustenta a relatividade da doença mental, ilustrando-a com uma comparação: um indígena epilético, em certas culturas indígenas, é considerado mais evoluído que os demais, pois isso significaria o contato com as divindades, o que o elevaria à categoria social de xamã; na cultura ocidental, é um doente mental.

39 Delgado (2001) denomina esses fatores como dispositivos institucionais de cronificação, cuja desmontagem é essencial para que se consiga realizar a ressocialização dos internos.

40 Para Delgado (ibidem, p.184-5), a questão da desinstitucionalização do tratamento psiquiátrico passa necessariamente pela devolução progressiva à comunidade da responsabilidade com os cuidados em relação aos doentes mentais.

41 A estigmatização do doente mental internado é um fator que contribui para a dificuldade de sua reinserção social. "Ao contrário do que ocorre com grande

chega-se a questionar (Delgado, 2001) se o comportamento do indivíduo cronificado – caracterizado pelo isolacionismo, pelo embotamento afetivo, pela presença de hábitos grotescos e pela dificuldade de realização de atividades práticas – decorre da patologia ou da própria vida asilar.

Se assim é ainda quando há condições terapêuticas mínimas, o quadro se agrava quando estas são deficientes. No que diz respeito ao tratamento dispensado nos HCTPs brasileiros, a possibilidade de êxito quanto à ressocialização dos internos é certamente mais distante, eis que suas condições não são nem um pouco favoráveis: acomodações insalubres, falta de medicamentos, corpo técnico reduzido ou despreparado, realização de tratamentos coletivos[42] e ausência de fiscalização, entre tantos outros fatores a dificultar o desempenho mínimo do tratamento.

Essa constatação é tão grave e evidente, que o próprio Poder Executivo já aponta para a necessidade de reorientação dos HCTPs brasileiros,[43] no sentido da reconfiguração do tratamento psiquiátrico conforme as diretrizes da reforma psiquiátrica brasileira em curso.[44]

---

parte da hospitalização médica, a estada do paciente no hospital psiquiátrico é muito longa e o efeito muito estigmatizador para permitir que o indivíduo volte facilmente ao local social de onde veio" (Goffman, 2003, p.289). Mais difícil é, portanto, a reinserção do louco infrator, pois esse carrega dois estigmas: o de delinquente e o de doente mental.

42 Tal realidade é denunciada por Goffman (ibidem, p.293) também em relação aos hospitais psiquiátricos comuns: "o tratamento dado em hospitais psiquiátricos tende a não ser específico à perturbação (...); em vez disso, se se dá algum tratamento, um ciclo de terapias tende a ser dado a toda uma classe de pacientes recentemente admitidos, e as doses são usadas mais para descobrir se existem contra-indicações para o tratamento padronizado, do que para encontrar indicações para ele".

43 Realizou-se, em julho de 2002, pelos Ministérios da Justiça e da Saúde, o Seminário Nacional para Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, do qual resultou um relatório final (Brasil, 2002).

44 "Que os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sejam reorientados, atendendo a um modelo de tratamento psiquiátrico adequado à reforma psiquiátrica (espaço adequado, projeto terapêutico, equipe multidisciplinar, oficinas, licenças para saídas, educação e formação profissional)" (ibidem, p.15).

Os Ministérios da Justiça e da Saúde ressaltaram a urgente necessidade de humanização, desospitalização e desinstitucionalização do tratamento do doente mental infrator.[45] A longo prazo, preconizaram a própria superação dos HCTPs, devendo os doentes mentais infratores serem tratados em regime aberto, pelo Sistema Único de Saúde (SUS).[46]

Como se vê, a orientação interministerial é no sentido da desinstitucionalização do tratamento dos inimputáveis,[47] que devem ser paulatinamente e o mais rapidamente possível reconduzidos à sociedade. O tratamento deve ser cada vez mais extra-hospitalar, evitando-se as distorções que o internamento provoca e realizando a reinserção social do doente mental. Ademais, estabeleceu-se também que o tempo do tratamento deve ser o menor possível, e que se deve possibilitar a integração do doente na rede de saúde mental da própria comunidade.[48] O tratamento do louco infrator, conforme o relatório final, deve ser de responsabilidade tanto do sistema penitenciário quanto do SUS, eis que deve ser encarado como questão de saúde e de justiça (Brasil, 2002). Trata-se de mudança paradigmática muito importante na reconstrução da execução das medidas de segurança. No entanto, como o próprio relatório afirma, a reformulação

---

45 "Nos Estados, Municípios e Distrito Federal, onde existam manicômios judiciários, as condições de funcionamento devem estar ajustadas às diretrizes do SUS, direcionadas no sentido da humanização, da desospitalização e desinstitucionalização, evoluindo para o regime aberto, conforme a lei 10216" (Brasil, 2002).

46 "Diretriz geral de desinstitucionalização dos manicômios judiciários na direção de sua superação, através da universalização do cumprimento da medida de segurança em regime aberto na rede de serviços de saúde mental do SUS" (ibidem, p.18).

47 Tendência essa influenciada certamente pela Declaração de Caracas, de novembro de 1990, que consigna a necessidade de reestruturação da assistência psiquiátrica geral, visando a desospitalização e a intervenção comunitária no tratamento do doente mental (idem, 2008).

48 "Reafirmar que medida de segurança é tratamento e que o tratamento é direito do cidadão. Definição de projetos terapêuticos que garantam que o tratamento possa ser feito no menor tempo possível. Quando feito em manicômio judiciário, o tratamento deve ser voltado para a reinserção dos pacientes nos serviços de saúde mental comunitários" (idem, 2002, p.17).

do tratamento do doente mental infrator só se tornará realidade a partir da atuação concreta dos HCTPs e dos estados e municípios em que estiverem localizados.

Conforme a nova orientação sugerida pelo relatório, a reintegração do submetido à medida de segurança deve ser preocupação constante e objetivo primeiro. Para tanto, propõe a criação de programas permanentes de reintegração social, preferencialmente baseados em equipes interdisciplinares,[49] assim como a conscientização dos agentes envolvidos para a importância da consecução desse objetivo.[50] Uma das estratégias essenciais para o êxito do projeto é a articulação com a rede de saúde mental comunitária, tanto durante quanto após a internação. Outra ação considerada fundamental para efetivar a reinsercão social dos internos é a adoção de saídas terapêuticas,[51] serviços residenciais terapêuticos[52] e desinternação progressiva.[53] Ademais, é extremamente importante que se garanta aos indivíduos internados acesso à educação, à formação profissional

49 "Que os Programas Permanentes de Reintegração Social a serem implantados nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, meta constante do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, sejam concebidos por equipes interdisciplinares e intersetoriais, compostas por profissionais das áreas da saúde, justiça, educação, trabalho e assistência social, visando a incorporação das pessoas submetidas à medida de segurança na rede de cuidados do SUS" (Brasil, 2002, p.11).

50 "Que os estados da federação promovam seminários para articulação e sensibilização dos setores da justiça, execução penal, segurança pública, saúde, assistência social, educação e trabalho para a urgência da implantação dos Programas Permanentes de Reintegração Social dos pacientes em medida de segurança, articulados a rede de atenção à saúde do SUS" (ibidem, p.12).

51 "Que sejam adotadas as *saídas terapêuticas* pelos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, e que estas sejam baseadas em parecer de equipe técnica multiprofissional" (ibidem, p.13, grifo do autor).

52 "Criação de um programa de desospitalização para a população interna dos manicômios judiciários, com a criação de serviços residenciais terapêuticos, através do envolvimento dos gestores locais" (ibidem, p.18).

53 "Que seja adotado, em âmbito nacional, um projeto de humanização dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, que institua casas de passagem para desinternação progressiva, estabelecendo vínculos com a sociedade" (ibidem, p.14).

e à inserção no mercado de trabalho, para que sua reintegração social seja efetivamente possível (Brasil, 2002, p.16).

Como consequência, o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, por meio da Resolução nº 05, de 4 de maio de 2004, ordenou a adequação da execução das medidas de segurança à Lei nº 10.216/01,[54] devendo ser sua finalidade permanente a busca e a efetivação da reinserção social dos internos (art. 4º, § 1º, Lei nº 10.216/01). Determinou a integração dos HCTPs ao SUS, devendo aqueles, inclusive, adequar-se aos padrões de atendimento previstos no Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH).

Elencou o respeito aos direitos humanos, a desospitalização e a superação do modelo tutelar como princípios norteadores do tratamento que, ademais, deve ser individualizado. Apontou-se o imperativo de que o HCTP ofereça assistência integral ao interno, contemplando tanto cuidados médicos quanto assistência social, assistência psicológica, atividades ocupacionais e de lazer (art. 4º, § 2º, Lei nº 10.216/01). A referida resolução ressaltou também a importância da existência de ações destinadas aos familiares e de projetos comprometidos com o desenvolvimento da cidadania e com a geração de renda, de modo a possibilitar a reintegração sócio-familiar. Por fim, a resolução em tela apontou a necessidade de aplicação progressiva da medida de segurança[55] (Ministério da Justiça, 2004). Convém registrar que a Lei nº 10.216/01 (art. 4º, § 3º) estabeleceu a vedação de internação de doentes mentais em instituições com características asilares, isto é, as que não se adequaram ao artigo 4º, § 2º da mesma lei, assim como ao artigo 2º, parágrafo único, que trata dos direitos dos doentes mentais:

---

54 Tal lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

55 "A medida de segurança deve ser aplicada de forma progressiva, por meio de saídas terapêuticas, evoluindo para regime de hospital-dia ou hospital-noite e outros serviços de atenção diária tão logo o quadro clínico do paciente assim o indique" (Ministério da Justiça, 2004).

> Art. 2º: Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo. Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental: I – ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; II – ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; III – ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; IV – ter garantia de sigilo nas informações prestadas; V – ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; VI – ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; VII – receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; VIII – ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; IX – ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Como se vê, há um consenso a respeito da necessidade de reformular as práticas terapêuticas nos HCTPs, transformando, assim, a própria execução das medidas de segurança. O desafio que se impõe, e que deve ser enfrentado com urgência, é concretizar o novo discurso no cotidiano dessas instituições.

2
Da obrigação político-criminal do Estado frente aos atos praticados por inimputáveis

Constituição Federal (CF), política criminal e medidas de segurança

A política criminal, enquanto ciência integrante da denominada Ciência Global do Direito Penal,[1] ao lado da criminologia e da dogmática jurídico-penal, tem assumido um papel importantíssimo contemporaneamente. Tendo deixado de exercer um papel meramente auxiliar em relação ao Direito Penal, alcançou sua autonomia científica e teve suas relações com a dogmática profundamente alteradas, sobretudo com a assunção do Estado de Direito Material contemporâneo. Conforme o novo estatuto por ela obtido, a Política Criminal transformou-se em uma ciência intermediária entre a Criminologia e a dogmática jurídico-penal, com o objetivo precípuo de funcionalizar e aperfeiçoar a construção e a aplicação do Direito Penal.[2] Em outras palavras, cabe à Política Criminal a definição das finalidades a serem atingidas pela aplicação do Direito Penal e a

1 Conforme clássica denominação de Franz von Liszt.

2 Segundo Figueiredo Dias (1999, p.42), a função última da Política Criminal é constituir-se no padrão crítico do direito constituído e do direito a constituir, assim como de seus limites e de sua legitimação. Conforme Roxin (2002, p.206), "O progresso está, principalmente, em substituir-se a vaga orientação

funcionalização das categorias da dogmática para que sejam aptas à consecução dessas finalidades.[3]

Em um Estado Democrático e Social de Direito Material, como é o nosso, a Política Criminal é, nas palavras de Dias (1999, p.43), "imanente ao sistema jurídico-constitucional". As finalidades político-criminais relevantes para a aplicação do direito penal, portanto, estão inscritas na Constituição Federal (CF), seja expressa ou implicitamente. Com isso, quer-se dizer que a Política Criminal deve condicionar-se aos fundamentos jurídico-políticos[4] da concepção de Estado,[5] expressos na Constituição, para que seja legítima. A Política Criminal não pode destoar dos objetivos e alicerces da Constituição, e, mais precisamente, deve fomentá-los.

Apesar da evolução da Política Criminal nesse sentido, deve-se constatar que sua influência é bem mais sentida em relação às categorias da teoria do delito, não ocorrendo o mesmo com as consequências jurídicas do delito.[6] Estas ainda reclamam uma funcionalização político-criminal que leve em conta a CF e a realidade sociológica que subjaz à execução das sanções penais. Se, por um lado, as categorias da tipicidade, da ilicitude e da culpabilidade têm sido analisadas e reconstruídas com base em valorações político-criminais, o mesmo não tem ocorrido com a pena e a medida de

---

a valores culturais do neokantismo por um parâmetro sistematizador especificamente jurídico-penal: os fundamentos político-criminais das modernas teorias da pena".

3 Claro está que a Política Criminal encontra limites no direito constituído, sobretudo nos direitos e garantias individuais, não podendo instrumentalizar o homem para o atingimento de seus objetivos.

4 Em nossa Constituição, sobressai o fundamento da dignidade da pessoa humana.

5 Apesar de a doutrina tradicional denominar o Estado brasileiro como Estado Democrático de Direito, mais precisa e profunda é a designação de Fernandes (2003, p.59), aqui seguida, que prefere chamá-lo de "Estado de Direito, Democrático e Social, Material". Tal concepção explicita todas as nuances do Estado brasileiro, advindas da própria Constituição.

6 Fernandes (2006, p.9) pondera que as evoluções culturais fizeram-se sentir muito mais no âmbito da teoria do delito que na teoria das consequências jurídicas do delito.

segurança, sobretudo no que tange a sua execução. Em verdade, a ausência de revisão político-criminal é mais acentuada com relação às medidas de segurança, pois em relação à pena ao menos tem se defendido a utilização de critérios político-criminais para sua aplicação concreta, assim como é mais frequente o debate acerca de suas finalidades preventivas. Dessa feita, é forçoso concluir que a execução das medidas de segurança requer uma funcionalização político-criminal assentada na CF,[7] sob pena de ser, concomitantemente, ineficaz e ilegítima, não servindo, portanto, para dar cabo à obrigação a que se vincula o Estado brasileiro, por imperativo constitucional, de desenvolver e executar políticas públicas frente ao fenômeno do delito.

Valor político-criminal fundamental da Constituição Federal (CF): a dignidade da pessoa humana

O constituinte de 1988 inovou ao elencar, entre os fundamentos da República Federativa do Brasil, a dignidade da pessoa humana. Com efeito, a CF de 1988 foi a primeira constituição brasileira a conferir esse importante tratamento à dignidade da pessoa (Sarlet, 2006, p.61). Sendo assim, qualquer política criminal que pretenda ser efetivada no Ordenamento Jurídico brasileiro deve observar e fomentar esse fundamental princípio,[8] especialmente porque a

---

7 Segundo Barreiro (2001, p.152), *"No será tarea fácil la de articular el sistema dualista sin contradicciones respecto del Estado de Derecho, pues resulta evidente la más que previsible tensión entre los derechos fundamentales de la persona humana y el Derecho de medidas. Sin embargo, con las aportaciones de la doctrina y legislación penales modernas, se puede llegar a un tolerable nivel de compatibilidad entre las medidas de seguridad y las exigencias derivadas del Estado de derecho"*. Na doutrina brasileira, Braga (2004, p.275) sustenta que o sistema de medidas de segurança necessita submeter-se a diversas alterações, "de modo que se coadune à ordem constitucional vigente e aos princípios regentes do Estado Democrático de Direito".

8 Nesse sentido é o ensinamento de Fernandes (2003, p.63-4, destaque do autor): "Sem dúvida alguma, o princípio nuclear de toda uma ordem jurídica e

intervenção penal constitui potencial restrição a essa dignidade. A Política Criminal, enquanto racionalidade dirigida à contenção da violência, sendo, pois, uma obrigação a que se vincula o Estado, já dito, restringe determinados direitos (como a liberdade, por exemplo) dos indivíduos ofensores dos bens jurídicos essenciais de determinada comunidade, com a finalidade de efetivar a dignidade e os direitos dos demais cidadãos. No entanto, nessa importante missão, a Política Criminal e os aparatos do controle social não podem sacrificar a dignidade das pessoas a eles submetidas, sob pena de clara ofensa aos valores considerados fundamentais para nosso Estado Democrático Social de Direito Material. Assim, percebe-se a delicada função dessa ciência: fomentar a dignidade de todos sem violar a dignidade dos submetidos à sanção penal.[9] Ao contrário, deve-se promover a dignidade também desses indivíduos, de forma a atingir certas finalidades que fundamentam a intervenção penal, isto é, a reinserção e a ressocialização do indivíduo, verdadeiras finalidades político-criminais, tarefa essa que, certamente, é das mais difíceis, razão pela qual merece toda nossa atenção.

No que concerne à intervenção penal frente aos portadores de doença ou transtornos mentais, a temática da dignidade da pessoa humana assume importante e específica feição. A primeira problemática que se nos impõe é o próprio reconhecimento da dignidade do doente mental. Isso porque a dignidade da pessoa humana decorre

---

constitucional que se pretenda ancorada em um modelo de *Estado de Direito, Democrático e Social, Material* é aquele da indispensável *proteção da dignidade humana*, densificação de uma série de outros princípios".

9 A relativização da dignidade do condenado justifica-se, no caso concreto, pela necessidade de prevenirem-se violações da dignidade e dos direitos fundamentais de terceiros. Isso, no entanto, não autoriza sua total supressão. Ao contrário, o indivíduo encarcerado deve ter sua dignidade assegurada, apesar das restrições a ela impostas, garantindo-se a ele um mínimo em dignidade e direitos fundamentais (Sarlet, 2006, p.133-6). Convém registrar que todos são iguais em dignidade, ainda que se portem de modo indigno, isto é, o indivíduo que entrou em contradição com o ordenamento jurídico tem a mesma dignidade dos demais. Assim, não importam as circunstâncias concretas, mas sim a condição de ser humano, da qual decorre a sua dignidade (ibidem, p.44).

da razão e da capacidade de autodeterminação do ser humano, o que o diferencia dos demais seres vivos. Em razão dessas características, a pessoa humana tem uma pretensão de respeito frente aos demais, ao mesmo tempo em que deve também respeitá-los. No entanto, a ausência de capacidade de autodeterminação é o que caracteriza o inimputável, podendo-se então ser questionado ser ou não ele dotado de dignidade. Para evitar quaisquer equívocos, importa ressaltar que a liberdade da qual emana a dignidade deve ser considerada abstratamente, independentemente de sua realização no caso concreto. É dizer, a capacidade potencial de autodeterminação do indivíduo é que revela sua dignidade. Dessa feita, o inimputável, conforme entendimento pacífico, é possuidor da mesma dignidade de todos os seres humanos.[10]

Ademais, a própria conceituação da dignidade da pessoa humana apresenta dificuldades. Sarlet (2006, p.39-51) esclarece-nos que se trata de um conceito vago e impreciso, de natureza polissêmica, caracterizado por ambiguidade e porosidade. Além disso, a dimensão histórico-cultural da dignidade influi decisivamente em sua conceituação. Trata-se, portanto, de conceito em permanente processo de construção, sobre o qual a doutrina e a jurisprudência têm se debruçado. De qualquer forma, existe ao menos um consenso a respeito das hipóteses em que a dignidade é violada, por meio da utilização da fórmula kantiana do homem-objeto.[11] A dignidade da pessoa

10 A dignidade da pessoa humana, em um primeiro momento, expressa a autonomia da pessoa humana. No entanto, ela também indica a necessidade de sua proteção, ainda que e principalmente, quando essa autonomia inexistir ou estiver mitigada. Dessa forma, o inimputável pode perder o exercício pessoal de sua autonomia, através, por exemplo, de uma submissão involuntária a tratamento psiquiátrico, mas jamais perderá sua dignidade e o direito a que ela seja respeitada e fomentada (Sarlet, 2006, p.44-9).

11 Conforme Kant (1980, p.134-5, destaque do autor), "O homem, e, duma maneira geral, todo o ser racional, *existe* como fim em si mesmo, *não só como meio* para o uso arbitrário desta ou daquela vontade". Sendo toda pessoa humana um fim em si mesmo, não pode ser instrumentalizada para a obtenção de fins de terceiros. Com base nessa afirmação, tem-se sustentado que toda vez que se pretenda utilizar um ser humano como objeto, tão somente com vistas à realização de objetivos que lhe são alheios, está-se frente a uma violação da dignidade da pessoa humana.

humana, assim, importa em vedação da instrumentalização do ser humano, ou seja, a proibição da utilização do indivíduo como mero meio para a obtenção de determinadas finalidades.

Apesar da dificuldade em se caracterizar a dignidade da pessoa humana, essa tarefa é essencial para que ela tenha operacionalidade frente aos casos concretos. Essa importância resulta evidente em se considerando que, em nosso ordenamento jurídico, a dignidade da pessoa humana foi elencada como fundamento de nosso Estado Social e Democrático de Direito Material, consistindo, em consequência, em valor e princípio jurídico-constitucional fundamental. Em outras palavras, trata-se de norma fundamental dotada de *status* constitucional formal e material e, portanto, dotada de eficácia (Sarlet, 2006, p.67-70).

Conforme Sarlet (ibidem, p.60), a dignidade da pessoa humana pode ser definida como

> [...] a qualidade intrínseca e distintiva reconhecida em cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que assegurem a pessoa tanto contra todo e qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venham a lhe garantir as condições existenciais mínimas para uma vida saudável, além de propiciar e promover sua participação ativa e co-responsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão com os demais seres humanos.

Aqui se encontram bem explicitados os dois sentidos da dignidade humana que se projetam diretamente no âmbito penal. Ou seja, por um lado, e dizendo mais respeito ao delito, a intervenção do Estado pela via do Direito Penal, restringindo direitos, somente se justifica quando a pessoa tenha posto em causa algum aspecto relevante do "complexo de direitos e deveres fundamentais" (bem jurídico referido aos direitos fundamentais). Por outro lado, e agora dizendo mais respeito às consequências jurídicas do delito, essa intervenção está, primeiramente, colonizada pela restrição em não

consistir um "qualquer ato de cunho degradante e desumano" e, também, que atenda ao fim de propiciar e promover a participação ativa e corresponsável da pessoa nos destinos de sua própria existência e da vida em comunhão com os demais seres humanos (não estigmatização e, em expectativa, respeito à dignidade alheia).

Feitas essas considerações, percebe-se que o indivíduo portador de doença mental que entrou em conflito com o ordenamento jurídico ou, em outras palavras, o inimputável que tenha praticado um ilícito-típico possui, como qualquer outro ser humano, dignidade, resultante de sua condição humana. Em razão disso, a intervenção penal do Estado com relação a esse indivíduo, por meio da aplicação de medida de segurança, deve, necessariamente, respeitar o princípio da dignidade da pessoa humana, sob pena de inconstitucionalidade.[12] O Estado, na execução da medida de segurança, tem a inafastável obrigação de obedecer ao referido princípio, por um lado não violando a dignidade dos internos[13] e, por outro, promovendo essa mesma dignidade mediante ações positivas.[14] Inclui-se nessa obrigação até mesmo o dever de proteger o indivíduo contra si mesmo, se necessário for, em razão do caráter irrenunciável da dignidade (Sarlet, 2006, p.113). Dessa feita, dentre todas as obrigações do Estado na aplicação e execução da medida de segurança, destaca-se o dever de respeitar e promover a dignidade das pessoas a ela submetidas. Assim, exemplificativamente, é claramente violadora

12 "Não restam dúvidas de que todos os órgãos, funções e atividades estatais encontram-se vinculados ao princípio da dignidade da pessoa humana" (Sarlet, 2006, p.110).

13 Poder-se-ia argumentar que o tratamento psiquiátrico coativo do doente mental ofende sua dignidade, eis que viola o livre desenvolvimento de sua personalidade. No entanto, como os inimputáveis não têm capacidade de autodeterminação, entende-se que a submissão coativa ao tratamento não é violadora da dignidade humana, desde que a execução da medida de segurança não se opere por meio de procedimentos degradantes (Gracia Martín, 2006, p.441).

14 Em síntese: "*la medida podrá estimarse conforme con el principio del respeto debido a la dignidad humana sólo si su aplicación persigue finalidades estrictamente* curativas *y su concreta ejecución no supone un trato que degrade a la persona a la categoría de un ser puramente corporal*" (ibidem, p.442, destaque do autor).

da dignidade da pessoa humana a aplicação de medida de segurança com base na prática do ato descrito no artigo 147 do Código Penal (ameaça), em razão de sua desproporcionalidade.[15] Com relação à execução da medida, cite-se como violação da dignidade a não prestação de tratamento psiquiátrico adequado.

Longe de significar discussão apartada da realidade, o cumprimento da obrigação do Estado em fomentar a dignidade dos inimputáveis, mormente quando praticam um ilícito-típico, é condição essencial para a legitimidade da aplicação e da execução das medidas de segurança.[16] No entanto, o princípio em tela não raramente é desrespeitado nesse âmbito, deslegitimando a própria intervenção penal. Efetivar o respeito à dignidade dos inimputáveis, sobretudo quando internados nos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico (HCTPs), constitui objetivo essencial de uma política criminal afinada com a Constituição.

Finalidade político-criminal da medida de segurança enquanto obrigação estatal

Como toda intervenção estatal, a medida de segurança não se justifica a si mesma.[17] Ao contrário, sua legitimação funda-se na consecução de objetivos reputados essenciais socialmente. A importância

---

15 Sarlet (2006, p.127) cita, com relação ao imputável, o encarceramento de reincidente em furto como violador do princípio da proporcionalidade e da dignidade da pessoa humana. Já o encarceramento de um homicida não ofenderia os princípios em questão.

16 Com efeito, Sarlet (2006, p.137) afirma que a dignidade da pessoa humana é "a última fronteira contra qualquer ingerência externa que se pretenda legítima". Especificamente com relação à medida de segurança, Gracia Martín (2006, p.440-1) afirma que sua legitimação deve passar pela prova de sua compatibilidade com o mandamento constitucional de respeito à dignidade da pessoa e com a proibição de tratamentos desumanos ou degradantes.

17 Anabela Rodrigues (1995 apud Fernandes, 2003, p.61) destaca a importância da legitimação material do direito penal, baseada na constatação empírica dos efeitos da aplicação de suas normas, ao lado da legitimação formal, consistente na legitimidade do processo de elaboração normativa.

da busca dessas finalidades legitima o poder do Estado de aplicar tais medidas. Porém, ao mesmo tempo, tais expectativas inauguram o dever do Estado de fomentar e tender à consecução dessas finalidades. Trata-se, portanto, de um verdadeiro poder-dever, a vincular e a legitimar a atuação do Estado.

Segundo Gracia Martín (2006, p.437, destaque do autor):

> *Las medidas de seguridad, como la pena, son medios coactivos estatales de protección del ordenamiento jurídico y su aplicación supone siempre también* materialmente *la irrogación de un mal al sujeto a quien se imponen, pues su ejecución da lugar siempre, de un modo u otro, a una privación o restricción de bienes o derechos fundamentales.*

Apesar de já se ter afirmado que as medidas de segurança traduzem apenas um bem ao indivíduo, é dizer, consistem apenas em um tratamento terapêutico, incapaz de afligir qualquer mal, atualmente reconhece-se a falácia dessa argumentação.[18] Afinal, a submissão do agente à medida de segurança – vale lembrar, de modo involuntário – importa em relevantes restrições de seus direitos individuais, sobretudo a liberdade. Aliás, a contundência da intervenção estatal é ainda maior no contexto das medidas de segurança, eis que está inclusive prevista a intervenção farmacológica (coativa), destinada a modificar interiormente o indivíduo. Assim, não há que se falar que a aplicação de medida de segurança consiste exclusivamente em um bem, mas implica sobretudo em graves restrições aos direitos do interno. Se assim é, é inegável que a imposição e a execução de tal medida fundam-se na obtenção de finalidades sociais. Em outras palavras, legitimam-se na proteção de bens jurídico-penais relevantes socialmente.

De qualquer forma, não é demais dizer que as medidas de segurança constituem, contemporaneamente, a reação estatal frente ao fato, definido como crime, cometido por um doente mental. Sendo um inimputável, não pode ser responsabilizado penalmente por seu

---

18 No mesmo sentido, Gomes (1993, p.64).

ato.[19] Como é cediço, sua culpabilidade é excluída, e não se pode aplicar qualquer espécie de pena a esse indivíduo. No entanto, sua conduta ofendeu bens jurídicos reputados essenciais, demonstrando sua potencial periculosidade em lesionar outros bens jurídicos, demandando do Estado uma atuação, no sentido de proteger tais bens da conduta desse indivíduo.

É nesse contexto que surge a delicada e indispensável obrigação do Estado frente ao fato do inimputável: proteger a sociedade de novas afetações de bens jurídicos relevantes, ao mesmo tempo em que deve tratar e ressocializar o indivíduo portador de anomalia psíquica.[20] Essas são justamente as duas faces da finalidade político-criminal fundamental das medidas de segurança,[21] a saber, a prevenção especial, que passamos a analisar.

---

19 Vale lembrar que a dualidade do sistema sancionatório remonta ao debate entre escola clássica e escola positiva (Gracia Martín, 2006, p.432). Para a primeira, o fundamento da aplicação da pena reside no livre-arbítrio do agente, a configurar sua culpabilidade. Já a segunda nega o livre-arbítrio do ser humano, e consequentemente a culpabilidade, defendendo a responsabilidade social do indivíduo, pelo mero fato de viver em sociedade. O fundamento de aplicação da sanção era, para essa escola, a periculosidade do indivíduo ou, em seus termos, sua temibilidade. Curiosamente, os sistemas penais passaram a adotar um sistema misto de reações penais: ora fundado na culpabilidade, ora na periculosidade. Em sua configuração atual, nosso sistema jurídico-penal prevê dois tipos de sanções: a pena propriamente dita, quando se conformar a culpabilidade do agente, em uma nítida conformação clássica, e a medida de segurança, quando a culpabilidade não restar configurada em razão da perturbação da saúde mental do agente. Medida de segurança essa fundada na periculosidade do agente, sentindo-se aqui a forte influência da escola positiva. O sistema sancionatório, portanto, funda-se em uma controversa combinação de escolas distintas.

20 Eloquente é a afirmação de Diaz-Maroto y Villarejo (1991, p.454, destaque nosso): *"considerar como fundamento de la medida de seguridad el principio preventista (corrección y educación del delincuente y defensa de la sociedad) limitado por el principio de que el* deber *del Estado es, a la vez, el de imponer medidas que sirvan para el desarrollo de la personalidad individual"*.

21 Conforme Dias (2005, p.424, destaques do autor), "a finalidade de prevenção especial ganha assim [...] uma *dupla função*: por um lado, uma função de *segurança*, por outro lado, uma função de *socialização*".

Prevenção especial positiva: o tratamento e a (res) socialização do portador de anomalia psíquica

A primordial finalidade da medida de segurança é o tratamento da doença ou perturbação mental do indivíduo, visando a sua reintegração social.[22] Por meio dele, procura-se curar ou, ao menos, minimizar a doença mental, consequentemente diminuindo a periculosidade do indivíduo. Ao ter seu quadro clínico melhorado, entende-se que o indivíduo passa a ter melhores condições de conviver harmoniosamente em sociedade, tendo ademais diminuído seu sofrimento mental. O objetivo mediato é a prevenção da prática de novos fatos ilícito-típicos pelo indivíduo, por meio da intervenção psiquiátrica sobre ele (Dias, 1999, p.143). A aplicação e a execução da medida de segurança têm, portanto, essa finalidade fundamental: possibilitar a realização de um tratamento psiquiátrico adequado e eficaz, que culmine na reinserção social do inimputável. Trata-se da prevenção especial positiva em sede de medida de segurança, que deve predominar sobre as demais finalidades político-criminais.

A tarefa de tratamento, no entanto, não é tão incontroversa quanto era de esperar. Como já visto, ainda em contextos não penais de intervenção psiquiátrica, muitos são os desafios a serem enfrentados, e muitas vezes são escassos os resultados. Porém, essa constatação não pode conferir ao Estado um salvo-conduto para não realizar um tratamento psiquiátrico satisfatório. Ao contrário, maior deve ser o esforço para que a medida de segurança atinja realmente suas finalidades terapêuticas. Nesse sentido, a execução dessas medidas deve estar atenta aos avanços e descobertas da Psiquiatria, da Psicologia e de outras ciências, sobretudo com relação às terapêuticas inovadoras e não asilares.

O aspecto preventivo-especial é essencial para a aplicação e a execução da medida de segurança. Não se pode renunciar a ele frente a quaisquer dificuldades que se impuserem. Enquanto houver a previsão de aplicação de medida de segurança aos portadores

22 Nesse sentido é a posição de Ferrari (2001b, p.60-1).

de anomalia psíquica que entrarem em contradição com o ordenamento jurídico-penal, o Estado deve propiciar a eles tratamento adequado,[23] possibilitando sua inserção social.[24] Caso contrário, haverá desvio da atuação do Estado, que se furtará assim de sua obrigação constitucional, fazendo que a medida de segurança consista apenas em arbitrário uso do poder, destituído de qualquer sentido.

Prevenção especial negativa: a proteção da sociedade

Para Dias (2005, p.429), as medidas de segurança legitimam-se na necessidade de defesa social, para prevenir novas práticas de ilícito-típico pelo inimputável que já cometera um fato dessa ordem. Cumpre registrar que a ideia de defesa social por si só não basta. Segundo o mesmo autor (ibidem, p.430), a medida de segurança apenas se justifica quando baseada no princípio da ponderação de bens conflitantes, isto é, quando a restrição da liberdade do indivíduo cause menos prejuízos do que seu uso traria a outras pessoas. Em outras palavras, a medida de segurança só deve ser aplicada

---

23 Segundo Gracia Martín (2006, p.439), "*el Estado tiene el deber de proporcionar al individuo aquéllos instrumentos educativos y curativos que le sean precisos para que éste pueda adquirir y ejercitar la capacidad de adecuar su conducta a las exigencias del orden ético-social, es decir, de modo compatible con las exigencias de libertad y seguridad de los demás*".

24 Em realidade, já é hora de se começar a reconhecer que basta a reintegração social do interno, independentemente da efetiva cura de sua anomalia psíquica. O que ocorre é que há uma tradição de se acreditar que a reintegração do doente mental só é possível se ele for primeiramente curado. Tal não é bem verdade, o que é provado pelo fato, muito frequente, de os pacientes desinternados continuarem a realizar o tratamento psiquiátrico por meio do sistema de saúde pública, a indicar que sua doença mental ainda persiste, apesar de ter sido lograda sua inserção comunitária. Sendo assim, pode-se afirmar que o aspecto principal da prevenção especial positiva é a ressocialização do interno, a cuja efetivação pode e deve contribuir o tratamento terapêutico a ser realizado. Para tanto, ademais, referida terapêutica não deve abranger apenas as abordagens psiquiátrica e psicológica, mas também privilegiar outras importantes intervenções destinadas a colaborar com a inserção social do paciente.

quando a restrição da liberdade do portador da doença mental for consideravelmente menor que a ofensa que provavelmente ocorreria aos bens jurídicos de terceiros caso não fosse imposta a medida[25]. Assim, a medida de segurança só pode ser aplicada.

> [...] para defesa de um interesse comunitário preponderante e, por conseguinte, em medida que se não revele desproporcional à gravidade do ilícito-típico cometido e à perigosidade do agente [...] só deste modo se poderá aceitar que a aplicação da medida de segurança, não sendo função da ideia jurídico-penal de culpa, nem encontrando nesta o seu limite, todavia constitua uma reacção aceitável nos quadros do Estado de Direito e de modo algum violadora do respeito absoluto pela dignidade da pessoa. (ibidem, p.429-30)

Enquanto o inimputável que cometeu um ilícito-típico revelador de sua periculosidade não for submetido a tratamento, os bens jurídicos relevantes da sociedade provavelmente serão afetados.[26] Por isso se justifica sua inocuização por meio da medida de segurança, em razão da proteção da sociedade frente a seus atos.[27]

Ademais, a contenção do doente mental, emanada da prevenção especial negativa, é o que possibilita a efetivação de seu tratamento, ou seja, a realização da prevenção especial positiva. Dessa feita,

---

25 No mesmo sentido, Sanz Morán (2005), afastando uma legitimação puramente utilitarista, baseada apenas na defesa social, e acolhendo o princípio do interesse preponderante. Confira também Barreiro (2001, p.153).

26 Essa é a premissa sobre a qual se funda todo o sistema das medidas de segurança, embora seja de difícil comprovação.

27 Frise-se que a imposição da medida é decorrência da periculosidade do agente, para a qual o fato típico-ilícito funciona apenas como comprovador. Pode-se afirmar que, no fundo, a proteção da sociedade se faz necessária em razão da imprevisibilidade do comportamento do inimputável em razão de sua doença mental. É disso que a sociedade pretende se proteger por meio da medida de segurança. Por isso é que, modernamente (Ferrari, 2001b, p.156-8), tem-se exigido que a periculosidade consista na probabilidade de novas práticas de ilícito-típicos, e não de sua mera possibilidade, em razão da imprevisibilidade de seu comportamento.

percebe-se que a prevenção negativa é subsidiária da positiva, conforme já ficou anteriormente enunciado. A inocuização destituída de finalidades terapêuticas não se justifica em nosso ordenamento, a não ser nos raríssimos casos em que a compensação clínica é impossível, ao menos com os conhecimentos médicos atuais (Ferrari, 2001b, p.60).

Em outras palavras, conforme o entendimento doutrinário contemporâneo, a finalidade preventivo-especial positiva deve prevalecer sobre a negativa. O tratamento do submetido à medida de segurança é a expectativa primordial da execução desta, enquanto a inocuização do agente consiste em aspecto secundário, a viabilizar o primeiro. O aspecto negativo, regra geral, não pode consistir em finalidade autônoma da medida de segurança, a não ser nos casos em que a ressocialização for impossível.[28] Nas palavras de Dias (2005, p.424-5):

> [...] o propósito socializador deve, sempre que possível, prevalecer sobre a intenção de segurança, como é imposto pelos princípios da socialidade e da humanidade que [...] dominam a nossa constituição político-criminal; e consequentemente que a segurança só pode constituir finalidade autônoma da medida de segurança se e onde a socialização não se afigure possível. Até porque [...] através da segurança, como tal, não se torna possível lograr a socialização; enquanto esta, quando tenha lugar no quadro de uma medida institucional, arrasta consigo um elemento de segurança pelo tempo do internamento respectivo.

Gracia Martín (2006) posiciona-se no sentido de reconhecer que, quando a ressocialização não for concretamente possível, a medida de segurança continua legitimada, em razão de sua função preventiva especial negativa, é dizer, ela deve ser imposta visando à

---

28 Mais uma vez, frise-se que a contenção do agente poderá consistir em finalidade exclusiva da medida apenas quando o tratamento for clinicamente inviável, em casos excepcionais, e não como consequência do descaso do Estado em cumprir fielmente sua obrigação.

proteção da sociedade.[29] Com efeito, esse raciocínio procede, desde que o Estado realmente despenda todos os esforços possíveis no sentido da consecução da reinserção do indivíduo. Com isso quer-se dizer que, caso o Estado, após oferecer materialmente todas as condições terapêuticas para que a ressocialização se opere, não consiga atingir esse objetivo, a inocuização do indivíduo justificará a medida de segurança, em função da proteção da sociedade e de seus bens jurídicos frente àquele indivíduo. No entanto, não pode o Estado utilizar esse argumento quando não colaborar efetivamente para a satisfatória execução das medidas, não propiciando a cura e a reintegração social do interno, como não raro ocorre no ordenamento jurídico brasileiro.

A questão da prevenção geral na medida de segurança

Enquanto a existência da prevenção especial como finalidade precípua da medida de segurança é incontroversa, há um intenso debate a respeito da prevenção geral.[30] Para alguns doutrinadores,

29 Em suas palavras (Gracia Martín, 2006, p.438, grifo do autor): *"Si en un Estado social y democrático de Derecho* [...] *se reconoce al Derecho penal como un instrumento válido y legítimo para la protección de los bienes jurídicos en el marco del respeto a determinados principios y garantías fundamentales sobre cuya observancia tienen los ciudadanos una pluralidad de derechos fundamentales, una medida de seguridad que en razón de las condiciones y circunstancias de su aplicación, no pueda satisfacer los fines de reeducación y de reinserción social, pero aparezca como estrictamente* necesaria *para obtener el aseguramiento imprescindible de la sociedad, será justa, y estará constitucionalmente legitimada si se mantiene dentro de los límites infranqueables que impone el respeto a aquellos derechos y garantías constitucionales vinculantes"*.

30 Dias (1999, p.99, destaque do autor) conceitua a prevenção geral dividindo-a em negativa e positiva, nesses termos: "A pena pode ser concebida, por uma parte, como forma estatalmente acolhida de *intimidação* das outras pessoas através do mal que com ela se faz sofrer ao delinquente e que, ao fim, as conduzirá a não cometerem fatos criminais: fala-se então, a este propósito, de *prevenção geral negativa ou de intimidação*. Mas a pena pode ser concebida, por outra parte, como forma de que o Estado se serve para manter e reforçar a *confiança*

secundariamente à prevenção especial, a medida de segurança visaria também à prevenção geral. Para outros, a prevenção especial é a única finalidade político-criminal das medidas de segurança.

Para Gracia Martín (2006, p.437),[31] tais medidas não atendem à prevenção geral, sendo sua exclusiva finalidade a consecução da prevenção especial, seja negativa, seja positiva. Conforme seu entendimento, as medidas de segurança devem ser orientadas exclusivamente às finalidades preventivas especiais, a saber: advertência individual, correção ou emenda e inocuização do agente. No mesmo sentido é o posicionamento de Antunes, que não admite qualquer finalidade preventiva geral com relação à medida de segurança, pois o fato do inimputável não seria apto a abalar as expectativas comunitárias na vigência das normas, eis que todas as pessoas reputam a prática do fato à condição excepcional do doente mental (Dias, 2005, p.426).

Posição interessante é a de González-Rivero (2003, p.69), que, para tratar das finalidades da medida de segurança, divide-a em fases. No momento de reconhecimento da inimputabilidade e valoração de sua periculosidade, presente está a "*protección de la generalidad; esto es, al sujeto se le va a imponer una determinada medida de seguridad por el hecho de que resulta peligroso para la sociedad*". Já na execução da medida, presente se faz a prevenção especial, objetivando a reinserção social do indivíduo. Pelo que se pode inferir, apesar da ausência de referência expressa, na primeira fase a autora acolhe a prevenção especial negativa, e, na segunda, a prevenção especial positiva. Ao que parece, rejeita a prevenção geral como finalidade da medida de segurança.[32]

---

da comunidade na validade e na força de vigência das suas normas de tutela de bens jurídicos e, assim, no ordenamento jurídico-penal; como instrumento por excelência destinado a revelar perante a comunidade a inquebrantabilidade da ordem jurídica, apesar de todas as violações que tenham tido lugar: neste sentido fala-se hoje de uma *prevenção geral positiva ou de integração*".

31 Para esse autor, as medidas de segurança não podem nem devem orientar-se aos fins de prevenção geral. Cita, no entanto, o posicionamento de Roxin e de Jakobs, que entendem ter a medida de segurança um efeito secundário de prevenção geral, a demonstrar-nos a atualidade e a densidade do debate.

32 Até porque entende que a medida de segurança tem natureza administrativa.

Em sentido contrário, posiciona-se Dias (op. cit. p.427-8), para quem o legislador quis alcançar finalidades preventivas gerais, sobretudo positivas. Isso porque, se a aplicação da medida de segurança pressupõe a prática de um fato ilícito-típico (que deve ser ademais grave), isso significa que ela participa da proteção de bens jurídicos e da tutela das expectativas comunitárias, autonomamente à função preventivo-especial. Sendo assim, a medida de segurança é utilizada para estabilizar contrafaticamente tais expectativas, em uma típica função preventivo-geral positiva,[33] ao contrário do que querem os autores anteriormente citados. Bem exemplifica essa questão, conforme o entendimento de Dias, o estabelecimento de limites mínimos de duração da medida de segurança,[34] pois, ainda que a periculosidade cesse, antes desse prazo a medida não pode findar. Se assim é, está aí exteriorizada a presença da prevenção geral na medida de segurança de forma autônoma, ainda que secundariamente à prevenção especial.[35] Conclui referido autor que, no que diz respeito às finalidades político-criminais, não há diferenças essenciais entre as medidas de segurança e as penas. A diferença residiria apenas na "forma de relacionamento entre as finalidades de prevenção geral e especial" (dias, 2005, p.428), pois nas penas a primeira seria preponderante, ao passo que nas medidas de segurança

33 Em nosso sistema, prova disso seria a previsão da aplicação de medida de segurança de internamento para o inimputável que praticar fato definido como crime punido com reclusão, e a aplicação de tratamento ambulatorial no caso de previsão de detenção (art. 97, *caput*, CP). A razão que está por trás dessa regulamentação só pode ser preventivo-geral, pois à luz da prevenção especial não faz qualquer sentido. No entanto, aqueles que reconhecem apenas as finalidades preventivo-especiais criticam veementemente a disposição do artigo em tela justamente por não levar em conta que a única finalidade político-criminal legítima na medida de segurança é a preventivo-especial.

34 Em nosso ordenamento, tal disposição encontra-se no artigo 97, § 1º, do Código Penal. Para os defensores da outra tese, esse artigo é incoerente com as finalidades da medida de segurança e necessita de urgente reformulação.

35 No mesmo sentido, e coerentemente com seu pensamento, é a posição de Jakobs: a medida de segurança tem, secundariamente, finalidade preventivo-geral e, primordialmente, a finalidade de eliminação de perigos (Sanz Morán, 2005, p.977).

a segunda seria prioritária, mas estando sempre as duas finalidades presentes em ambas as sanções.

Na doutrina brasileira, Ferrari (2001b, p.63) acolhe o posicionamento anteriormente referido, afirmando que "a prática de um ilícito-típico por parte do doente mental origina abalo na comunidade social, constituindo necessária a reafirmação do ordenamento jurídico com o intuito de estabilizar contrafaticamente as normas violadas".

De nossa parte, entendemos que a medida de segurança tem, secundariamente, finalidades preventivo-gerais, de índole positiva. Isso porque sua aplicação e execução visam à proteção de bens jurídicos relevantes socialmente. Por esse motivo, a prevenção geral positiva também é, embora de maneira absolutamente secundária, finalidade autônoma da medida de segurança. Claro está, por outro lado, que a prevenção geral negativa não se inclui entre as expectativas próprias da medida de segurança, eis que o ato do inimputável não gera abalo na confiança comunitária com relação à vigência da norma. Ademais, ele sequer comete um delito, mas sim um fato descrito como crime, reafirmando o que acabamos de mencionar. De qualquer forma, a prevenção especial é, indubitavelmente, a principal finalidade da medida de segurança, devendo preponderar, como já anteriormente dito, seu aspecto positivo.

Não extraímos, no entanto, as mesmas conclusões da doutrina a partir do reconhecimento da prevenção geral enquanto expectativa legítima da medida de segurança. Embora o artigo 97 de nosso Código Penal estabeleça a aplicação de internamento para os fatos punidos com reclusão, e a aplicação de tratamento ambulatorial para os punidos com detenção, e isso decorra, provavelmente, da finalidade preventivo-geral, essa disposição necessita ser urgentemente revista. Isso porque deve prevalecer sempre a finalidade preventivo-especial, e em sua dimensão positiva. Vale dizer: o tratamento do doente mental deve ser incansavelmente buscado, e todas as disposições legais devem tender a isso. Ora, a disposição do artigo 97 parece não se preocupar com as necessidades terapêuticas do inimputável ao vincular a escolha da espécie da medida de segurança à punição

abstrata do fato. Não se legitima essa preponderância da prevenção geral sacrificando a prevenção especial. Afinal, a escolha equivocada da espécie de medida, ao arrepio das reais necessidades terapêuticas, pode até mesmo inviabilizar a consecução da ressocialização do doente. Posto isso, vale registrar que, a despeito de reconhecermos a existência da prevenção geral na medida de segurança, não aceitamos a disposição do artigo 97, tampouco a regulamentação prevista por seu § 1º ao estabelecer limites mínimos para a duração da medida. Embora seja forçoso reconhecer, aí também, uma manifestação da prevenção geral, certamente visada pelo legislador, tal expressão é equivocada, por fazer prevalecer tal finalidade sobre a prevenção especial, trazendo sérias e inoportunas consequências. Isso porque, conforme a regulamentação citada, ainda que o tratamento seja exitoso e a periculosidade do doente cesse, a medida não poderá findar-se enquanto não escoada sua duração mínima, com o risco, inclusive, de o indivíduo ter sua situação clínica piorada em razão da continuidade do internamento. Isso fere frontalmente a necessária prevalência da prevenção especial positiva, motivo pelo qual pleiteamos a supressão do estabelecimento de prazos mínimos de duração para as medidas de segurança.

Princípios constitucionais e a regulamentação da medida de segurança

Sendo a medida de segurança uma consequência jurídica do delito, todos os princípios que regem o Direito Penal são a ela aplicáveis, sobretudo os de origem constitucional. Do mesmo modo, todas as construções dogmáticas da teoria do delito aplicam-se à medida de segurança, como a análise a respeito da existência, no caso concreto, de alguma causa de justificação.[36]

---

36 Tais como: legítima defesa, estado de necessidade, estrito cumprimento do dever legal, exercício regular de direito, ou ainda uma causa excludente supralegal. Em outras palavras, o fato deve ser típico e ilícito, para que se possa, por meio da exclusão da culpabilidade em decorrência da anomalia psíquica,

Afastada a posição que defende a natureza administrativa de tais medidas,[37] deve ser reconhecida sua natureza eminentemente penal,[38] por dois motivos. Formalmente, estão previstas no Código Penal e sua execução se dá por meio do sistema penitenciário. Materialmente, um de seus pressupostos é justamente a prática de um fato previsto como crime. Ademais, a periculosidade criminal – outro importante pressuposto – consiste no juízo de probabilidade de cometimento de novos fatos delitivos. Claro está, pois, que em nosso ordenamento a medida de segurança é uma medida de natureza penal,[39] sendo verdadeira sanção penal ou, melhor dizendo, consequência jurídica do delito.[40]

Muito contundente é a posição de Toledo y Ubieto (2000, p.111), para quem, ainda nos ordenamentos em que estejam previstas medidas de segurança pré-delituais, resta caracterizada sua natureza eminentemente penal:

> [...] *allí donde subsistan, e independientemente de su ubicación en una u otra parte del ordenamiento, a mi juicio habrá de afirmarse que pertenecen al derecho penal: su íntima relación con el delito, siquiera sea futuro, me parece razón suficiente para ello. Con la consecuencia de que habrán de someterse a los principios garantizadores (limitadores)*

---

falar-se em aplicação da medida de segurança. Nesse sentido, Toledo y Ubieto (2000, p.113), elencando também a hipótese de o inimputável "*haber padecido miedo insuperable, cumplirse una condición personal de exclusión de la pena o haber trascurrido el plazo de prescripción*".

37 Cf. Lascuraín Sánchez (2005); Ferrajoli (2002, p.626). Para Zaffaroni (2001, p.855), as medidas de segurança são apenas formalmente penais.

38 Nesse sentido, Amadeo (2004, p.259-60); Antunes (2002, p.91-101); De La Fuente (1998, p.289-93); Ferrari (2001b, p.76-7); Levorin (2003, p.162-3), Ribeiro (1998, p.32), entre outros.

39 Obviamente pode-se questionar a adequação desse estado de coisas, e a possibilidade de retirar do âmbito penal o tratamento do doente mental que entra em contradição com o ordenamento jurídico. Mas isso não afasta a constatação de que, em nossa ordem jurídica, a medida de segurança tem natureza penal.

40 Segundo Dias (2005, p.434), "a legitimação da medida de segurança como instrumento sancionatório especificamente político-criminal é tão indiscutível quanto a da pena".

propios de esta rama del derecho en cuanto a su creación, contenido, entidad, imposición y ejecución.

Por essa razão, faz-se importante analisar os princípios político-criminais constitucionais e sua projeção nas medidas de segurança.

Intervenção mínima

Tratemos por ora da intervenção mínima e de suas projeções no âmbito das medidas de segurança. A doutrina, tradicionalmente, confere à intervenção mínima o *status* de princípio.[41] Concordamos, no entanto, com a já tradicional lição de Fernandes (informação verbal),[42] no sentido de que se trata, antes disso, de uma verdadeira opção político-criminal, a fundamentar e irradiar significado aos princípios constitucionais penais. Opção essa não expressamente referida pelo texto constitucional, mas, certamente, a mais coerente com seu espírito,[43] podendo-se ademais percebê-la implicitamente ao longo das disposições constitucionais que se referem ao direito penal.

Nas palavras de Luisi (1991, p.26):

---

41 Considerando a intervenção mínima como princípio implícito, decorrente do Estado Democrático de Direito, confira Borges (2005, p.143).

42 Conforme o ensinamento de Fernando Andrade Fernandes, em aula do curso de Direito Penal III da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, em 4 de março 2004: "o legislador constituinte fez uma opção político-criminal de intervenção mínima. Esta é a opção primeira, da qual derivarão todas as outras. Não se trata, entretanto, de um princípio do Direito Penal, e sim de uma opção político-criminal, da qual decorrerão todos os princípios".

43 Nesse sentido, exemplificativamente, é a posição de Roberti (2001, p.72), para quem o princípio da intervenção mínima, "apesar de não estar expressamente enunciado em nosso ordenamento jurídico [...] caracteriza-se como uma conquista do Estado Democrático de Direito". Fica assim sugerida a absoluta compatibilidade da intervenção mínima do direito penal com o Estado Social e Democrático de Direito Material, mormente porque fundado na dignidade da pessoa humana. A comprovação dessa afirmação não será aqui realizada, já que foge aos limites do trabalho.

> A Constituição vigente no Brasil diz ser invioláveis os direitos à liberdade, à vida, à igualdade, à segurança e à propriedade (art. 5º caput), e põe como fundamento do nosso Estado democrático de direito [...] a dignidade da pessoa humana. Decorrem, sem dúvidas, desses princípios constitucionais [...] que a restrição ou privação desses direitos invioláveis somente se legitima se estritamente necessária a sanção penal para a tutela de bens fundamentais do homem [...]. Destarte, embora não explícito no texto constitucional, o princípio da intervenção mínima se deduz de normas expressas da nossa *Grundnorm*, tratando-se, portanto, de um postulado nela inequivocamente implícito.

A intervenção mínima[44] no âmbito do Direito Penal vincula tanto o legislador, na criação de normas penais incriminadoras, quanto o aplicador, diante do caso concreto. Com relação à aplicação da norma, a opção da intervenção mínima exige que tenha ocorrido uma efetiva violação do bem jurídico objeto de proteção, e que essa lesão seja relevante.[45] Ademais, a sua luz é que se deve elaborar o juízo a respeito da necessidade de concreta aplicação da consequência jurídica do delito. No caso da resposta ser positiva, isto é, da aplicação da sanção ser indispensável, esta deve ser a menos gravosa possível para a obtenção de suas finalidades (Roberti, 2001, p.88-98).

Com relação às medidas de segurança, a intervenção mínima tem, como era de se esperar, completa projeção. Deve, portanto, ser respeitada na previsão, aplicação e execução da medida. Conforme Barreiro (2001, p.164), deve-se analisar, no caso concreto, a necessidade de se aplicar a medida de segurança enquanto proteção da sociedade frente à periculosidade do indivíduo, e sua idoneidade para a prevenção especial do delito. A necessidade e a idoneidade da medida apenas estarão configuradas quando não existam outros

---

44 São corolários da intervenção mínima os princípios da necessidade, da subsidiariedade e da fragmentariedade. Para maiores detalhes sobre essa relação, confira Schmidt (2001, p.316-37).

45 Também são aplicados, ressalte-se, os princípios da insignificância e da lesividade.

meios menos gravosos, preferindo-se, sempre que possível, a aplicação de medidas não detentivas.

Com isso podemos afirmar, seguramente, que a comprovação da prática de fato que seja típico e ilícito não autoriza desde logo a aplicação da medida de segurança.[46] Muito embora seja requisito essencial, não é o único juízo que deve ser feito. Isso porque o cometimento do fato não necessariamente levará a comprovação da periculosidade criminal do indivíduo[47] sobretudo com relação a fatos de pouca gravidade. Ademais, ainda que a periculosidade do doente mental reste atestada, não necessariamente o direito penal deve intervir, já que são preferíveis, em vista da intervenção mínima e de seus corolários, alternativas não penais de tutela como, por exemplo, o tratamento psiquiátrico por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). No caso da intervenção penal ser requerida, isso não deve nos levar à conclusão imediata da necessidade de internação, considerando que, à luz da intervenção mínima, deve-se analisar a possibilidade e a idoneidade do tratamento ambulatorial.[48] Se este for suficiente para o tratamento

46 No mesmo sentido, Ferrari (2001b, p.110), para quem, de acordo com a intervenção mínima, "a incidência da sanção penal só se justifica se possível o alcance de seus fins. A medida de segurança criminal apenas será aplicável quando necessário o tratamento, não se justificando a imposição, caso o cidadão já tenha se recuperado". Cumpre ressaltar que o autor considera plenamente cabível ao agente doente mental a aplicação do rito da Lei 9099/95 nos casos de fatos previstos como delitos de menor potencial ofensivo, justamente como decorrência da intervenção mínima.

47 Conforme Urruela Mora (2001, p.192-3), o Código Penal espanhol (art. 6.2, última parte) alude diretamente ao princípio da necessidade, estabelecendo que as medidas de segurança não podem exceder o limite do necessário para prevenir a periculosidade do autor. A necessidade de aplicação da medida, segundo esse autor, relaciona-se diretamente com a periculosidade criminal. Considera, no entanto, que apenas a periculosidade deve ser analisada, e não quaisquer outros fatores, como a gravidade do fato cometido. Em sentido contrário, confira Levorin (2003, p.135), afirmando que uma das projeções do princípio da fragmentariedade nas medidas de segurança é justamente impedir sua aplicação no caso de condutas de gravidade leve, pois nesses casos não há demonstração da periculosidade do agente.

48 Segundo Levorin (ibidem, p.136), em obediência ao princípio da subsidiariedade, "se for possível obter a cura ou a ressocialização do Internado por outros

adequado e eficaz do doente mental, deve ser essa a modalidade de medida de segurança a ser aplicada. Sendo assim, ressalte-se que a mera prática do fato pelo inimputável não nos leva à necessária conclusão pela necessidade de aplicação da medida de segurança, em sua espécie internamento.[49] Caso seja, no entanto, indispensável a internação, deve-se analisar constantemente a possibilidade de aplicação da desinternação progressiva (se a execução estiver sendo realizada no estado de São Paulo, evidentemente), já que, claramente, intervém de maneira menos gravosa sobre o indivíduo. Como se pode perceber, a desinternação progressiva é absolutamente compatível com a intervenção mínima, razão pela qual deve ser instituída por lei, de modo a ser exigível sua aplicação em todo o território brasileiro.

Ainda tendo em vista a projeção da intervenção mínima na medida de segurança, deve-se questionar a disposição do artigo 97 do Código Penal, ao determinar a aplicação de internação ao agente, quando o fato por ele praticado for punível com reclusão, e a aplicação de tratamento ambulatorial, no caso de fato previsto como crime punível com detenção. Ora, se a consequência jurídica do delito deve ser aplicada na medida – e somente na medida – em que seja suficiente e necessária para a obtenção de seus fins, a medida de segurança deve guardar estrita relação com as necessidades clínicas de tratamento do inimputável e de diminuição de sua periculosidade. Se o tratamento ambulatorial for suficiente para a obtenção dessas finalidades, podendo lograr a prevenção especial de maneira satisfatória, não há razão para que se imponha a internação[50] ao agente. Dessa feita, o referido dispositivo fere frontalmente a intervenção mínima, opção político-criminal primeira de nossa

---

meios menos lesivos não se deve aplicar a medida de segurança". Ou, se ela for aplicável, deve-se verificar a possibilidade de imposição de tratamento ambulatorial.

49 Esse raciocínio, no entanto, não raro é negligenciado pelos aplicadores da norma penal.

50 Internação essa, aliás, cujos efeitos negativos, aptos a retardar o tratamento, já foram destacados no primeiro capítulo. O tratamento ambulatorial, ao não separar o indivíduo de seu convívio, sempre que possível deve ser preferido.

Constituição, devendo sua inconstitucionalidade ser reconhecida pelos juízes quando de sua aplicação.

Ademais, quando a periculosidade do doente mental cessa ou diminui de maneira considerável durante a execução da medida de segurança, esta deve findar imediatamente, como decorrência direta da intervenção mínima.[51] Nesse sentido, é o posicionamento de Gomes (1990, p.20), pois "uma vez atingida a finalidade da sanção, deve cessar imediatamente o poder punitivo do Estado". Sendo assim, é inconstitucional o estabelecimento de limites mínimos de duração da medida de segurança (art. 97, § 1º, CP), que prolongam sua execução ainda que a periculosidade do indivíduo cesse por completo, é dizer, mesmo que a medida já tenha obtido sua finalidade exitosamente. Tal disposição fere a intervenção penal mínima de maneira descabida e não legitimada.

Por outro lado, ao exigir o término da execução da medida de segurança assim que há a cessação da periculosidade do indivíduo, não estamos afirmando que a medida de segurança se legitima, *ad eternum*, enquanto essa cessação não ocorre. Isso não é possível, em razão da dignidade da pessoa humana e de todos os princípios político-criminais aqui analisados, sobretudo o princípio da proporcionalidade e a vedação de sanções penais perpétuas.[52] De qualquer forma, mesmo à luz da intervenção mínima, a duração indeterminada não seria possível. Levorin (2003, p.131), conjugando-a ao princípio da legalidade, afirma que a "intervenção para ser legal deve ser mínima, determinada e delimitada, inclusive no tempo". Ou seja, a falta de previsão máxima de duração das medidas de segurança também fere a intervenção mínima, revelando um absoluto descompasso entre a regulamentação legal pertinente e a CF.[53]

---

51 Segundo Urruela Mora (2001, p.193), ausente a periculosidade do indivíduo, a medida de segurança deve ser extinta, ressaltando que a cessação da periculosidade não necessariamente coincide com a cura efetiva da doença.

52 As excepcionais hipóteses em que a cura do inimputável não é possível serão tratadas posteriormente.

53 O que não impede o reconhecimento da não recepção dessas normas pela nova ordem constitucional, inaugurada em 1988.

Conclusivamente, pode-se afirmar que a regulamentação, a aplicação e a execução das medidas de segurança precisam harmonizar-se com a intervenção mínima, como obriga o texto constitucional; eis que, como demonstrado, essa opção político-criminal não é satisfatoriamente obedecida, atingindo os fundamentos do Estado Democrático e Social de Direito Material e obstando a própria consecução das finalidades das medidas. É preciso irradiar o juízo exigido pela intervenção mínima para toda a regulamentação da medida de segurança, sob pena de ser eivada de inconstitucionalidade.[54]

Princípio da legalidade

Expresso na locução latina *nullum crimen, nulla poena sine lege*, o princípio da legalidade[55] estatui que a conduta considerada delitiva e a sanção correspondente devem ser estabelecidas por meio de lei antes da realização da conduta, ou, em outras palavras, que nenhum fato será considerado criminoso ou terá como consequência uma sanção penal se tal não tiver sido instituído previamente por meio de lei (Toledo, 1994, p.21).

Apesar de, na tradição jurídico-penal, já se ter afastado a aplicação do princípio da legalidade em sede de medida de segurança, em razão de uma interpretação literal da palavra "pena", atualmente está cada vez mais evidente que a expressão refere-se a todas as consequências jurídicas do delito, entre elas as medidas de segurança.[56]

---

54 "No âmbito das medidas de segurança, cada vez mais revela-se necessária a interferência subsidiária, buscando outras soluções menos onerosas aos objetivos pretendidos, conferindo efetividade às concepções de necessidade, subsidiariedade e fragmentariedade" (Ferrari, 2001b, p.115).

55 No ordenamento jurídico-penal brasileiro, o princípio da legalidade penal está inscrito no artigo 5º, inciso XXXIX, da Constituição Federal ("Não há crime sem lei anterior que o defina, nem pena sem prévia cominação legal") e no artigo 1º do Código Penal ("Não há crime sem lei anterior que o defina. Não há pena sem prévia cominação legal.").

56 No mesmo sentido, analisando a Constituição argentina, Hegglin (1996, p.368).

Interpretação diversa, na verdade, colidiria com os próprios fundamentos do Estado Social e Democrático de Direito Material.[57] Por essa razão, cada vez mais os doutrinadores contemporâneos[58] ressaltam a absoluta aplicação do princípio da legalidade[59], *mutatis mutandis*, com relação às referidas medidas.

Nas palavras de Dias (2005, p.437, destaque do autor):

> A aplicação do princípio da legalidade [...] à teoria da medida de segurança representa, sem dúvida, uma das mais importantes e decisivas *conquistas* da ciência jurídico-penal do nosso tempo, constituindo o passo fundamental para que desapareçam definitivamente as "reservas democráticas" que [...] durante muito tempo foram opostas a este tipo de reacções criminais.

Posto isso, ressaltem-se as consequências trazidas pelo princípio da legalidade nesse âmbito. Indiscutivelmente, a lei tem exclusividade para estabelecer e regular as medidas de segurança,

57 Nas palavras de Urruela Mora (2001, p.168): *"El sometimiento de las medidas de seguridad en su condición de consecuencias jurídicas del delito al principio de legalidad constituye una exigencia inexcusable de la concepción de nuestro Estado como – social y Democrático – de Derecho".*

58 Conforme Dias (2005, p.437, destaque do autor): "o princípio da legalidade é convocado, também relativamente às medidas de segurança, a desempenhar uma *função garantística* fundamentalmente idêntica à que desempenha relativamente às penas. Esta concepção das coisas todavia, repete-se, não passou ainda hoje, em quase toda a parte, de um anseio doutrinal, enquanto na ordem jurídica portuguesa ela se encontra já realizada e, na verdade, ancorada ao mais alto nível: o nível jurídico-constitucional". Para nós, tal disposição também se encontra no nível constitucional brasileiro, merecendo, no entanto, maior aplicação prática.

59 O Código Penal Espanhol de 1995 faz referência expressa à aplicação, nas medidas de segurança, do princípio da legalidade, assim como dos princípios de proporcionalidade, irretroatividade e necessidade. Segundo Urruela Mora (2001, p.168), tal disposição facilita a concretização constitucional de ditos princípios na aplicação das medidas. Em nossa codificação, a falta dessa alusão expressa não impossibilita o acolhimento do referido princípio no âmbito das medidas de segurança, eis que a Constituição irradia normas e valores para todos os ramos do Direito.

proibindo-se inclusive o uso da analogia para tanto. Ademais, os pressupostos de aplicação da medida e de aferição da periculosidade devem ser definidos da forma mais completa e descritiva possível. Finalmente, o princípio da legalidade faz que se proíba a retroatividade de lei penal maléfica[60] e aplique-se a lei penal vigente à época do cometimento do fato ilícito-típico (ibidem, p.435-6).

Eventuais necessidades preventivo-especiais não podem mitigar a aplicação do referido princípio que, historicamente, constituiu-se justamente como limite à intervenção estatal sobre a pessoa, seja qual for o fundamento.[61] Nesse sentido, é o posicionamento de Schmidt (2001, p.219): "creio ser notória a submissão das medidas de segurança ao princípio da legalidade, sujeitando-se as alterações legislativas acerca do assunto aos postulados da irretroatividade da *lex gravior* e à retroatividade da *lex mitior*".

Parte da doutrina, no entanto, sustenta que, embora seja indiscutível a adoção do princípio da legalidade no âmbito das medidas de segurança, sua aplicação sofre limitações. Segundo Urruela Mora (2001, p.170-3), a acolhida do referido princípio não seria

---

60 Urruela Mora (ibidem, p.174-7) sustenta que, se com relação ao fato descrito como crime, a anterioridade da lei é irrenunciável, no caso de alteração legislativa no sentido da inclusão de novas categorias de estados perigosos ou de novas espécies de medidas, pode-se aplicar a nova lei, vigente ao tempo da sentença, eis que é, potencialmente, mais eficaz para o tratamento do indivíduo. *Data venia*, esse posicionamento não parece obedecer ao princípio da legalidade de maneira satisfatória. Sustentamos, uma vez mais, que se dita lei for materialmente maléfica, não poderá ser aplicada; se efetivamente benéfica, deverá sê-lo.

61 Intentando, por exemplo, aplicar lei penal posterior à prática do fato, vigente à época da sentença, que considera crime conduta antes atípica. Não se diga que, em razão do fato ser mera exteriorização da periculosidade do doente, pouco importa a ocorrência posterior da criminalização. Em razão do princípio da legalidade, no caso em análise, um dos pressupostos para a aplicação da medida de segurança restará não configurado: a prática de fato previsto como crime. Assim também no caso de ocorrência da *abolitio criminis*. Por expressa determinação constitucional (art. 5º, XL, CF), a lei mais benéfica deve retroagir, alcançando os fatos pretéritos. Dessa feita, se o fato praticado pelo inimputável era, à época, descrito como crime, e posteriormente deixou de sê-lo, não há razão para aplicação da medida de segurança.

exatamente absoluta, em razão da categoria da periculosidade criminal,[62] para cujo preenchimento, no caso concreto, sempre há uma discricionariedade jurisdicional, não preenchida pela lei. Para Robledo Villar (1998, p.592-3), o que impede a realização absoluta do referido princípio é o juízo a respeito da probabilidade de prática de fatos ilícitos futuros, além da necessária flexibilidade das medidas na fase de execução para atender as finalidades terapêuticas, seguindo, ademais, a própria evolução da situação clínica do indivíduo.

Diversamente se posiciona Sanz Morán (2000, p.36), para quem o Código Penal espanhol aplica os mesmos critérios, advindos do princípio da legalidade, a penas e medidas de segurança, afastando-se do disposto pelo Código alemão, segundo o qual se aplica às medidas a lei vigente ao tempo da sentença. Esclareça-se que, para o referido autor, o fundamento da disposição alemã seria o fato de que, tratando-se a medida de técnica terapêutica – entendida como despida de caráter aflitivo –, a lei mais recente é a mais adequada à reabilitação.[63]

De nossa parte, entendemos que, se o preenchimento das categorias de periculosidade ou as necessidades próprias da execução das medidas não se tem deixado penetrar pelo princípio da legalidade, isso não atesta a aplicabilidade limitada desse princípio.[64] Ao contrário, escancara apenas a tradição de impermeabilidade da legislação relativa às medidas aos ditames constitucionais, e a sua necessária reformulação. Se os critérios que caracterizam a periculosidade são

---

62 Para Barreiro (2005, p.570), o cumprimento do mandato de taxatividade, decorrente do princípio da legalidade, é especialmente problemático com relação às medidas de segurança, em razão da incerteza inerente ao pressuposto de periculosidade criminal e da duração relativamente indeterminada das medidas de segurança.

63 Já nos posicionamos a respeito do equívoco de considerar a medida de segurança um "bem".

64 Em sentido contrário, Lascuraín Sánchez (2005, p.601-3) considera que, se o princípio da legalidade não obtém ampla acolhida nas medidas de segurança, é precisamente porque o Direito das Medidas de Segurança é distinto do Direito Penal, opinião da qual não comungamos.

ainda abstratos e indeterminados, devem-se propor, de *lege ferenda*, requisitos que atendam ao princípio em tela, e enquanto tal não advir, deve a jurisprudência esforçar-se por elaborar critérios que sejam constitucionalmente coerentes. Se as necessidades do tratamento psiquiátrico variam no decorrer da execução da medida, isso não prova a aplicação limitada do princípio da legalidade, mas clama o estabelecimento de limites para a atividade terapêutica.

O princípio da legalidade, tal como é aplicado à regulamentação e aplicação das penas, deve ser obedecido e fomentado no que se refere às medidas de segurança. Não se diga que tal posicionamento implica uma inadequada aproximação entre pena e medida de segurança. O que ocorre é que, enquanto consequência jurídica do delito, a medida de segurança deve ter as mesmas garantias aplicáveis à pena. As especificidades que lhe são próprias – incluindo o juízo de periculosidade e a intervenção de critérios médicos – devem ser realizadas no marco estabelecido pelo princípio da legalidade e por todas as demais garantias do ordenamento jurídico-penal.

Uma das consequências de tal postulado é a necessidade de limitação da duração das medidas de segurança.[65] Na opinião de Hegglin (1996), a determinação temporal das medidas de segurança deve ser estabelecida, em obediência ao princípio da legalidade, em sua exigência da *lex stricta*. Isso porque todo cidadão tem o direito de saber previamente que tipo de intervenção estatal sofrerá e durante quanto tempo.[66] Por esse mesmo motivo, Levorin (2004, p.6-7) sustenta que se deve reinterpretar o artigo 97, § 1º, do Código Penal

65 Para Gomes (1990, p.19), a cominação prévia exigida pelo princípio da legalidade refere-se tanto à natureza da medida quanto a sua duração.

66 Em suas palavras: "*Como miembro de una sociedad democrática, todo ciudadano debe conocer hasta dónde podrá el Estado afectar su libertad en el supuesto de que cometa un hecho típico y antijurídico y, además, se convierta en un sujeto peligroso para sí y para terceros. Ese conocimiento hace a su seguridad jurídica*". Continua a autora, afirmando que o princípio da legalidade "*exige que el presupuesto de cualquier medida penal – pena o medida de seguridad – deba ser constituido por la realización de una de las figuras delictivas taxativamente previstas en la ley, con indicación del* límite máximo *de privación de libertad correspondiente*" (Hegglin, 1996, p.376-7, grifo nosso).

à luz do princípio da legalidade: a duração da medida de segurança é relativamente indeterminada, vinculada "ao máximo da pena cominada em abstrato",[67] e não absolutamente indeterminada, ligada à verificação da cessação efetiva da periculosidade. Do contrário, a inconstitucionalidade do referido parágrafo deve ser reconhecida.

Muito embora a doutrina prevalente aceite resignadamente a indeterminação da duração das medidas, como consequência natural da periculosidade do indivíduo,[68] esse posicionamento fere frontalmente um dos princípios basilares do Estado Social e Democrático de Direito Material: o da legalidade.[69] O fato de a medida de segurança estar baseada na periculosidade do sujeito não afasta a aplicação da CF em seu âmbito. Se grandes são as dificuldades na concretização do princípio, em razão dos pressupostos próprios das medidas, deve-se fazer um sério esforço teórico e prático para contornar tais entraves rumo à materialização das garantias previstas por nossa Carta Política.

Com relação à desinternação progressiva propriamente dita, é extremamente importante cotejá-la com os ditames estabelecidos pelo princípio da legalidade, para verificar-se se o obedece adequadamente. Como não está prevista no ordenamento jurídico, poder-se-ia concluir que não cumpre o princípio da legalidade satisfatoriamente; é necessária, no entanto, uma análise mais detida a esse respeito.

---

67 Estamos plenamente de acordo com a necessidade de limitação temporal da intervenção estatal no âmbito das medidas de segurança. Se o critério deve ser a pena abstrata cominada ao delito, é questão que deve ser analisada também à luz de outros princípios. Enfrentaremos essa questão ulteriormente.

68 Esse argumento é citado e, posteriormente, desconstruído por Hegglin (ibidem).

69 A questão da duração indeterminada das medidas de segurança é, seguramente, um dos aspectos que merecem urgente reformulação legislativa em nosso ordenamento. Isso porque sua previsão fere, de uma só vez, além do princípio da legalidade, o princípio da proporcionalidade, o da igualdade, o da segurança jurídica, a vedação de sanções perpétuas, a proibição de tratamentos desumanos e degradantes e, não por último, a dignidade da pessoa humana.

Se é verdade que o princípio em tela exige a existência de lei formal, que deve ser clara, certa e precisa, além de ser anterior à prática do ilícito-típico, a ausência dessa previsão com relação à desinternação progressiva não faz que ela, automaticamente, desobedeça ao princípio da legalidade.[70] Com efeito, a analogia é proibida em sede de medida de segurança quando esta ocorre em prejuízo do agente, sendo admitida nos casos em que é a ele favorável. Sendo a desinternação progressiva medida certamente menos gravosa que a internação tradicional, está permitida a analogia com o sistema progressivo de cumprimento de penas, de modo a construir-se uma progressividade na execução das medidas de segurança. Essa realidade não fere o princípio da legalidade, justamente porque o estabelecimento da progressão também para o inimputável é medida que o beneficia, sendo muito mais favorável que o enclausuramento contínuo e indeterminado. Deve-se reconhecer, no entanto, que a desinternação progressiva não obedece apropriadamente aos ditames de clareza, certeza e precisão exigidos pelo princípio da legalidade, em razão da ausência de estabelecimento legal de seus pressupostos e condições de aplicação, aspecto que merece ser revisto,[71] para que a medida subsista em absoluta consonância com o referido princípio. Bem verdade que não se trata de questão de simples solução, eis que para alcançar-se uma detalhada e exaustiva regulamentação da medida é necessário conjugar e coadunar conhecimentos jurídicos e terapêuticos em uma inédita interlocução apta a delinear contornos mais precisos à desinternação progressiva.

---

70 Não se diga que a desinternação progressiva consiste em sanção penal, não prevista pelo ordenamento jurídico pátrio e, não obstante, aplicada. Ora, a desinternação progressiva não é sanção autônoma, e sim uma forma de cumprimento da medida de segurança, não havendo qualquer violação à regra constitucional que estabelece que não há sanção penal sem prévia cominação legal.

71 Disso decorreria outra consequência importantíssima: a aplicação da desinternação progressiva transformar-se-ia em efetiva obrigação estatal sempre que os referidos pressupostos fossem concretamente cumpridos.

Princípio da igualdade

A CF brasileira, como não poderia deixar de ser, contemplou o princípio da igualdade.[72] Trata-se de princípio basilar de nosso ordenamento, a vincular legislador e aplicador do Direito. Ponto de partida da materialização desse princípio é a conhecida afirmação de Aristóteles, segundo a qual se devem tratar igualmente os iguais e desigualmente os desiguais, na medida de sua desigualdade. Em outras palavras: àqueles que se encontram na mesma situação, tratamento isonômico; àqueles que se encontram em circunstâncias diferentes, tratamento diferenciado, com vistas à superação da desigualdade fática, fomentando-se a igualdade material.

Para Mello (2006), no entanto, a afirmação de Aristóteles é insuficiente, embora importantíssima. Isso porque se deve precisar com cuidado o critério que possibilita a discriminação positiva, estabelecendo a alguns a categoria de diferentes. Para tanto, elabora três critérios: análise do elemento erigido a fator de discriminação; correlação lógica abstrata entre esse fator e o tratamento jurídico estabelecido; compatibilidade dessa correlação com o sistema constitucional, *in concreto*. O próprio autor esclarece:

> [...] tem-se que investigar, de um lado, aquilo que é adotado como critério discriminatório; de outro lado, cumpre verificar se há justificativa racional, isto é, fundamento lógico, para, à vista do traço desigualador acolhido, atribuir o específico tratamento jurídico construído em função da desigualdade proclamada. Finalmente, impende analisar se a correlação ou fundamento racional abstratamente existente é, *in concreto*, afinado com os valores prestigiados no sistema normativo constitucional. A dizer: se guarda ou não harmonia com eles. (ibidem, p.21-2)

72 "Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza" (art. 5º, *caput*, CF).

No que toca a projeção do princípio da igualdade nas medidas de segurança,[73] a lei pode, a princípio, estabelecer distinções entre o inimputável e o imputável. Em matéria penal, essa diferenciação ocorre porque, em razão da anomalia psíquica, não se pode reprovar a conduta do doente mental.[74] Sendo assim, não pode o inimputável sofrer as mesmas consequências do imputável, que tem sua culpabilidade caracterizada. Ademais, ele necessita de tratamento psiquiátrico tendente à cura de sua anomalia, aproximando-o faticamente do imputável. Nesses dois aspectos, reside a fundamentação do discrímen estabelecido por lei. Sendo assim, e seguindo a análise proposta por Mello, o critério diferenciador não fere, aparentemente, o princípio da igualdade.

No que diz respeito à correlação lógica entre esse fator discriminatório e o tratamento jurídico estabelecido por lei em função dessa diferença, não se pode afirmar o mesmo. Isso porque, para não ferir o princípio da igualdade, a desequiparação feita por lei deveria objetivar a diminuição das desigualdades características dos inimputáveis, e não as acrescer. O que faz a lei ao regulamentar as medidas de segurança é exatamente o contrário: o inimputável recebe tratamento muito mais gravoso que o imputável, apesar de não ser considerado culpado.[75] A partir do elemento discriminador,

---

73 Sobre essa projeção, Levorin (2003, p.147-50); Ferrari (2001b, p.124-5); Gomes (1990, p.20). Em geral, essa matéria é pouco tratada pelos doutrinadores.

74 Por isso sua culpabilidade é excluída.

75 Ao não ter, por exemplo, prevista a duração máxima da medida de segurança que lhe será imposta que pode, inclusive, nunca findar. O fator discriminatório doença mental ou periculosidade, que leva à absolvição imprópria, não pode levar a consequências mais drásticas do que aquelas aplicadas ao imputável. Ao fim e ao cabo, o imputável recebe tratamento mais benéfico, apesar de sua conduta ser reprovada, pois a intervenção estatal por meio da pena tem um limite temporal bem definido (abstratamente, estabelecido pela cominação típica da pena e pela proibição de cumprimento de penas superior a trinta anos – art. 75, CP –; individualmente, estatuído pela própria sentença condenatória). Trata-se de uma inversão lógica de difícil legitimação.

a lei estabelece consequências que só fazem aumentar a desigualdade dos doentes mentais,[76] ferindo o princípio da igualdade.[77]

É com relação ao terceiro critério elaborado por Mello, no entanto, que a regulamentação legal dada ao doente mental que comete um ilícito-típico fere frontalmente o princípio da igualdade. Como já visto, esse critério trata da compatibilidade da correlação anteriormente descrita com o sistema constitucional, isto é, se o tratamento jurídico diferenciador (medida de segurança), elaborado à luz do discrímen estabelecido (inimputabilidade), obedece aos valores e às garantias constitucionais.[78] Ora, a indeterminação temporal das medidas de segurança não se compatibiliza com a dignidade da pessoa humana, com a proibição de sanções penais perpétuas, tampouco com o princípio da legalidade, entre outras disposições constitucionais já citadas.

Por essa razão, afirma Gomes (1990, p.20):

> A proibição de pena perpétua vale também para a medida de segurança; a limitação do cumprimento máximo da pena prevista no art. 75 do CP vale também para as medidas de segurança. Tudo porque não pode haver tratamento discriminatório entre imputável e inimputável.

---

76 Sobretudo quando, faticamente, o Estado não proporciona tratamento médico adequado a esses indivíduos.

77 Conforme Gomes (1990, p.20), a violação ao princípio da igualdade fica evidente quando se compara a situação do inimputável e do imputável frente o mesmo delito cometido: "Imaginemos duas pessoas autoras de um delito de furto, com a diferença de que uma delas é imputável e a outra inimputável. À primeira cabe o tempo máximo do seu castigo; já o inimputável ficará privado de sua liberdade até que 'cesse sua periculosidade'. Fatos idênticos tratados discriminatoriamente". No mesmo sentido, Ferrari (2001b, p.125). Não se diga que a categoria da periculosidade possibilita essa ordem de coisas, pois, com relação ao imputável, a sociedade assume o risco de novas práticas delitivas justamente em respeito aos princípios constitucionais.

78 A norma fere o princípio da igualdade quando "o discrímen estabelecido conduz a efeitos contrapostos ou de qualquer modo dissonantes dos interesses prestigiados constitucionalmente" (Mello, 2006, p.47-8).

Nesse mesmo sentido, importante decisão do STF, no bojo do *Habeas Corpus* nº 84.219, reconheceu a aplicação do artigo 75 do Código Penal às medidas de segurança, justamente como decorrência da vedação de sanções penais perpétuas, constitucionalmente prevista:

> MEDIDA DE SEGURANÇA – PROJEÇÃO NO TEMPO – LIMITE. A interpretação sistemática e teleológica dos artigos 75, 97 e 183, os dois primeiros do Código Penal e o último da Lei de Execuções Penais, deve fazer-se considerada a garantia constitucional abolidora das prisões perpétuas. A medida de segurança fica jungida ao período máximo de trinta anos. (Brasil, 2005)

Dessa feita, para que a regulamentação da medida de segurança obedeça satisfatoriamente ao princípio da igualdade, é necessário, ao lado do reconhecimento da aplicação do artigo 75, estabelecer seu prazo máximo de duração.[79] Assim, a discriminação feita pelo legislador guardará coerência e legitimação, eis que os "infratores-doentes mentais não podem ser tratados de forma mais severa se comparados aos imputáveis. Devem possuir os mesmos direitos e instrumentos garantísticos enunciados em nossa Constituição Federal" (Ferrari, 2001b, p.124-5). Instituída a duração máxima da medida, terá sentido a sujeição do inimputável à consequência jurídica diferenciada, baseada no tratamento de sua doença mental.

Com relação à desinternação progressiva especificamente, trata-se de um instituto certamente promotor do princípio da igualdade no âmbito das medidas de segurança. Isso porque está prevista para

79 Segundo Levorin (2003, p.150), "Deve haver uma igualdade de tratamento no que respeita a incidência dos direitos e garantias fundamentais atinentes ao cidadão, sob pena de se romper o postulado básico da igualdade. [...] Os delinquentes loucos são marginalizados em relação aos imputáveis, que gozam de todas as limitações impostas pela legalidade e igualdade. Neste sentido, pelo princípio da igualdade, não se pode determinar o prazo na intervenção estatal na esfera da liberdade do Sentenciado (lhe conferindo mais direitos) e indeterminá-lo para o Internado".

os imputáveis a possibilidade de progressão no regime de cumprimento de pena, ao passo que para os inimputáveis não há qualquer situação semelhante prevista, tudo a contribuir para a situação anteriormente exposta. Ora, a desinternação progressiva possibilita para o doente mental a progressão de seu internamento, no sentido de lhe serem aplicadas formas de execução menos gravosas e mais tendentes a sua efetiva ressocialização. Em outras palavras: a desinternação progressiva retira o indivíduo do completo isolamento para paulatinamente reinseri-lo na sociedade, semelhantemente ao que faz o regime semiaberto na execução da pena. Nas palavras de Ferrari (2001a, p.129), a desinternação progressiva consiste em um "modelo transitório entre a situação de hospitalização em regime fechado e o retorno ao meio social mais amplo".

Não se argumente contra a desinternação progressiva uma inadequada aproximação à pena, como se a progressão na medida de segurança fizesse que sua natureza se transmutasse para a da pena. Definitivamente, a diferença entre pena e medida de segurança não reside, respectivamente, na permissão e na proibição da progressão. Mais do que isso: se a desinternação progressiva promove a igualdade, criticar essa suposta aproximação à execução da pena seria o mesmo que defender a não aplicação de tal princípio nas medidas de segurança, algo absolutamente descabido.

Princípio da jurisdicionalidade

O princípio da jurisdicionalidade[80] implica que as medidas de segurança só podem ser aplicadas em razão de uma decisão de um órgão jurisdicional, com competência penal. Segundo Robledo Villar

80 Conforme o artigo 5º, LIII, da Constituição Federal: "ninguém será processado nem sentenciado senão pela autoridade competente". No caso das medidas de segurança, essa autoridade compete ao juízo criminal. Reafirmando a aplicação jurisdicional – e não administrativa – da medida de segurança, o artigo 171 da Lei de Execução Penal estabelece: "Transitada em julgado a sentença que aplicar medida de segurança, será ordenada a expedição de guia para a execução".

(1998, p.591), como consequências jurídicas do fato punível que são, estão necessariamente submetidas ao princípio de jurisdicionalidade, consistente na submissão de sua imposição a um órgão com poder jurisdicional de caráter penal.[81]

As projeções da jurisdicionalidade, no entanto, excedem à mera questão de competência:[82]

> [...] *la jurisdiccionalización de las medidas de seguridad se refiere no sólo a la atribución de la competencia exclusiva a los órganos ordinarios del Poder Judicial, que deben imponer las medidas de seguridad conforme a los presupuestos legalmente establecidos* [...], *sino también a las exigencias jurídico-formales de un* proceso garantizador *de los derechos de defensa del sujeto afectado y a la* ejecución jurisdiccional *de las medidas de seguridad.* (Barreiro, 2005, p.579, destaque do autor)

Em nosso ordenamento jurídico, a aplicação da medida de segurança tem sido realizada por meio dos órgãos jurisdicionais competentes, obedecido portanto, nesse aspecto, o princípio em tela. As ressalvas que devem ser feitas guardam relação com o processo penal propriamente dito e com a execução da medida. Isso porque nem sempre se garante o direito de ampla defesa ao inimputável que, não obstante sua condição, tem o direito de ter oportunidade de provar que sua conduta é atípica ou lícita, desconfigurando assim o injusto penal que, supostamente, praticou, afastando a possibilidade da intervenção estatal. Assim, a constatação de que o agente do injusto é um inimputável não pode conduzir imediatamente à aplicação de medida de segurança, sob pena de desrespeito aos princípios constitucionais, mormente o princípio ora analisado.

---

81 Dias (2005, p.452-3) reconhece também o princípio em tela. Assim também Ribeiro (1998, p.36-7).

82 Com o que está de acordo Robledo Villar (1998, p.591), afirmando que é também decorrência do princípio da jurisdicionalidade o controle judicial da execução da medida de segurança.

Ademais, a execução da medida[83] deve ser supervisionada pelo órgão judicial[84] constantemente. Este deve acompanhar a evolução do tratamento ininterruptamente, analisando a superveniência de cura ou ao menos a cessação da periculosidade do indivíduo. Entretanto, esse é o ponto mais débil no que se refere ao princípio da jurisdicionalidade, pois o acompanhamento judicial da execução das medidas de segurança está longe de ser satisfatório. Muito embora o artigo 97, § 2º, do Código Penal ordene a verificação da cessação da periculosidade após o término do prazo mínimo de duração da medida, e a partir de então anualmente ("ou a qualquer tempo, se o determinar o juiz da execução"), não raro esse dispositivo é descumprido.[85] Isso ocorre historicamente, e não apenas em terras brasileiras, como nos informa Gimenez Garcia[86] (1993, p.30, destaque nosso), retratando a realidade espanhola:

> *Ciudadano internado por orden judicial en proceso penal desde 1983, que fallece sin haber sido revisada* nunca *su causa.* [...] *Ciudadano internado en el año 1962 por Delito de Amenazas, hasta 26 años más tarde, en el año 1988 el Tribunal no se pronuncia sobre las medidas de tratamiento ambulatorio.* [...] *Ciudadana ingresada en 1928 por asesinato. Fallece tras* 60 años *de internamiento ininterrumpido sin que su situación fuese revisada.*

---

83 Conforme o artigo 66, VI, da Lei de Execução Penal, compete ao juiz da execução "zelar pelo correto cumprimento da pena e da medida de segurança".

84 A despeito de isso normalmente não agradar a equipe médica que está envolvida com a execução da medida, esse controle jurisdicional é essencial, justamente por se tratar a medida de uma reação estatal frente ao fenômeno criminal. Em outras palavras, é questão de segurança pública, e por essa razão não pode sua execução ficar apenas a cargo do juízo médico. Ademais, o controle jurisdicional também garante – ou ao menos essa é uma de suas funções – o respeito à dignidade e aos direitos fundamentais do interno ao longo da execução.

85 Conforme Robledo Villar (1998, p.592), o controle efetivo da evolução do inimputável nem sempre é exercido.

86 Baseando-se em dados recolhidos em 1991 e trazendo mais exemplos, aqui não transcritos.

Tal situação ofende o princípio da jurisdicionalidade, que obriga a que a execução da medida de segurança seja acompanhada constantemente pelo órgão judicial, assim como fere outros postulados fundamentais de nossa ordem constitucional,[87] sobretudo a dignidade da pessoa humana.

De qualquer forma, cumpre ressaltar que, com relação à desinternação progressiva, sua aplicação tem sido determinada pelo órgão judicial, de maneira a obedecer ao princípio da jurisdicionalidade. Não se deve olvidar, contudo, que a atuação jurisdicional não termina com essa decisão; ao contrário, deve o juiz acompanhar, paulatinamente, a situação do interno submetido à desinternação progressiva, tudo em conformidade com o princípio sob análise.

Princípio da individualização da medida de segurança

Outro importante princípio político-criminal de nossa ordem jurídica é o princípio da individualização das sanções penais, estatuído pelo artigo 5º, inciso XLVI, primeira parte da CF: "a lei regulará a individualização da pena". Não se diga que, como o dispositivo constitucional utilizou-se da expressão "pena", excluiu propositadamente as medidas de segurança da incidência do referido princípio. Como temos insistido, nessas ocasiões o legislador refere-se à reação estatal punitiva,[88] a qualquer título, abrangendo, portanto, todas as consequências jurídicas do delito, inclusive a

87 Principalmente, no caso de delitos de menor potencial ofensivo, como a hipótese relativa ao delito de ameaça, em que se ofendem também os princípios da legalidade, da igualdade e da proporcionalidade. No Brasil, no caso do agente ser imputável, a pena cominada à ameaça é de detenção, de um a seis meses, ou multa, conforme redação do artigo 147 do Código Penal.

88 O mesmo raciocínio vale para a disposição do artigo 5º, inciso XLIX, da Constituição Federal, que assegura aos presos o respeito à integridade física e moral. Obviamente, o constituinte não visou, ao usar o termo "presos", excluir da proteção os internos e submetidos a tratamento ambulatorial. Sustentar

medida de segurança. Interpretação diversa destoaria do próprio espírito da Constituição.

Na verdade, a projeção do princípio da individualização é absolutamente nítida na medida de segurança, a despeito da escassa referência doutrinária, já que sua aplicação depende das peculiaridades do agente e da anomalia psíquica de que é portador e, sobretudo, durante a execução, a medida modifica-se constantemente, seguindo a evolução individual do tratamento de cada interno. As necessidades terapêuticas ditam, portanto, a dinâmica da aplicação e execução da medida, que deve ser permanentemente individualizada. Pode-se mesmo afirmar que, caso não obedecido o princípio da individualização no âmbito das medidas de segurança, suas finalidades jamais serão atingidas. Nas palavras de Ribeiro (1998, p.37), discorrendo sobre as garantias próprias das medidas de segurança:

> A outra garantia consiste no princípio da individualização da execução das medidas de segurança: o indivíduo a elas submetido receberá tratamento médico-psiquiátrico o mais individualizado possível em face do distúrbio específico que apresente, sendo inclusive facultado a seus familiares contratarem médico de sua confiança a fim de orientar e acompanhar o tratamento, devendo o juiz da execução solucionar as eventuais divergências havidas entre os médicos oficiais e os particulares.

Posto isso, vale ressaltar que a individualização exterioriza-se em três momentos distintos: individualização legislativa, individualização judicial e individualização executória (Barros, 2001, p.109). Comentando o princípio da individualização da pena, Luisi (1991, p.37-9) afirma que, na individualização legislativa, o legislador "fixa para cada tipo penal uma ou mais penas proporcionais à importância do bem tutelado e à gravidade da ofensa". Na individualização

---

essa posição seria afirmar que é permitido violar a integridade física e moral dos inimputáveis sujeitos ao controle penal, algo completamente destituído de sentido em nossa ordem jurídica, fundada na dignidade da pessoa humana.

judicial, o juiz, considerando as circunstâncias específicas do caso concreto e do agente,[89] fixa a pena dentro do marco legal e determina seu modo de execução. Finalmente, na individualização executória, a pena estabelecida pelo juiz será efetivamente concretizada, podendo haver modificações em sua execução, conforme as circunstâncias individuais determinarem, sempre tendo em vista as finalidades da pena.

Pois bem, com relação às medidas de segurança, o princípio da individualização não é obedecido na fase legislativa, eis que não há previsão de consequências diferentes, é dizer, proporcionais, aos fatos cometidos. Praticado o ilícito-típico, seja ele qual for, as consequências são as mesmas, dependentes apenas do que ocorrer na própria execução, em decorrência da evolução do tratamento. As únicas manifestações da individualização legislativa presentes no Código Penal vigente são equivocadas, a saber: as disposições do artigo 97 e de seu parágrafo primeiro. O *caput* estabelece a internação para os fatos punidos com reclusão e faculta a aplicação de tratamento ambulatorial no caso de fatos punidos com detenção ("poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial"). Essa disposição parece tentar realizar a individualização legislativa da medida de segurança, prevendo consequências diferentes para fatos diferentes; porém, o faz de maneira equivocada, por desconsiderar as finalidades preponderantes – preventivo-especiais – da medida. Ademais, essa disposição fere a intervenção mínima, opção político-criminal basilar de nossa ordem jurídica. A concretização da individualização legislativa, portanto, deve ser feita de outro modo, prevendo outras consequências.

O mesmo ocorre com o parágrafo primeiro do artigo 97: parece ser uma expressão da individualização legislativa, mas absolutamente equivocada. Estabelece dito dispositivo que a medida de segurança será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada a cessação da periculosidade, e que seu prazo

89 Vale lembrar que essa atividade do juiz é orientada pelas determinações do artigo 59 do Código Penal (Luisi, 1991, p.37).

mínimo deve ser de um a três anos. De uma só vez, o legislador demarcou a duração mínima da medida e estabeleceu expressamente sua duração indeterminada, isto é, não estabeleceu qualquer limite para a duração máxima da medida. Afirmamos que, a princípio, essa disposição seria uma tentativa de individualização legislativa porque o legislador considerou a situação peculiar do agente que será submetido à medida de segurança e por isso vinculou, lastimavelmente, a extinção da medida à cessação da periculosidade. No entanto, a expressão maior da individualização reside no estabelecimento de limites mínimos de duração, que pode variar de um a três anos. O legislador deixou ao arbítrio do juiz a fixação concreta desse prazo, tendo em vista as necessidades terapêuticas do caso concreto.[90] Ocorre que essa individualização levada a cabo pelo legislador não obedece aos demais mandamentos de origem constitucional, viciando-a e reclamando uma nova regulamentação. Isso porque o estabelecimento de duração mínima da medida de segurança fere, de uma só vez, a necessária preponderância da prevenção especial, a intervenção mínima[91] e a dignidade da pessoa humana.[92]

Com relação ao próprio princípio da individualização, este também não é obedecido, já que o estabelecimento de limites mínimos obrigatórios de duração da medida não favorece a consecução dos objetivos das medidas de segurança. Ora, a medida deve ser individualizada para, com maior adequação e rapidez, atingir as finalidades de tratamento e ressocialização do doente. Ao obrigar a esdrúxula situação de continuar a execução da medida ainda que o indivíduo esteja plenamente curado – se não terminado o prazo mínimo –, o dispositivo em tela fere o princípio da individualização das medidas de segurança.

---

90 Para indivíduos mais perigosos, em tese, maior deve ser o prazo mínimo de duração a ser estabelecido.

91 A crítica ao artigo 97, § 1º, do Código Penal à luz da prevenção especial e da intervenção mínima já foi demonstrada em tópicos próprios.

92 Certamente, a continuidade de uma internação que se torna desnecessária, porque já atingiu seu objetivo de eliminação da periculosidade do indivíduo, não se compatibiliza com a dignidade da pessoa humana.

Na verdade, parece que o legislador, ao não estabelecer prazos certos e determinados de duração, como fez com relação à pena, receou que algum inimputável rapidamente deixasse de ser submetido à medida de segurança, porque curado. Estabeleceu então o prazo mínimo.[93] Ocorre que, no Brasil, esse receio não é fundamentado, já que, infelizmente, as conquistas terapêuticas não vêm tão prontamente. Ademais, ainda que assim fosse, o legislador estaria equivocado, por fazer prevalecer a prevenção geral, em detrimento da especial, e por esquecer que, na medida de segurança, não há qualquer reprovação ao fato do agente. Dito de outro modo: se, em algum caso, o doente mental permanecer poucos meses submetido à medida e logo se curar,[94] ou ter sua periculosidade cessada, eis um motivo de comemoração, pois está em condições de conviver harmoniosamente com a sociedade. Não há motivo para o legislador tentar evitar essa situação; deve, na verdade, fomentá-la. No entanto, a única função do estabelecimento de limites mínimos parece ser justamente a de regular as hipóteses de cura precoce, no sentido de proibir a extinção da medida.

Por sua vez, a ausência de prazos máximos de duração viola o princípio da individualização das sanções, porque desrespeita nitidamente os seguintes postulados: dignidade da pessoa humana, princípio da legalidade, princípio da igualdade, intervenção mínima,[95] princípio da proporcionalidade e vedação de sanções penais perpétuas.[96] Com efeito, a individualização da sanção deve guardar estrita obediência aos mandamentos constitucionais. Barros (2001, p.112), analisando a projeção do princípio da individualização no âmbito da pena, afirma que:

---

93 Também visou, como já dito, garantir minimamente a prevenção geral.

94 Nesse sentido, Dias (2005, p.475-6), afirmando que, se o estado de periculosidade cessar, ainda que a medida esteja apenas no início de sua execução, esta deve findar.

95 A não obediência a esses postulados, no que tange a indeterminação das medidas de segurança, já foi analisada em tópicos específicos.

96 A necessidade de determinação da duração máxima da medida de segurança em razão do princípio da proporcionalidade e da vedação de sanções penais perpétuas será demonstrada posteriormente.

> Ao longo desse processo, a pena está condicionada aos princípios constitucionais norteadores do Estado de direito [...] a pena que será aplicada e executada vem condicionada pelos objetivos traçados nos níveis normativos superiores, ou seja, na Constituição. Esses objetivos vinculam o legislador e os juízes da ação e da execução.

Isso quer dizer que a lei, ao regular a individualização da sanção, como ordena o artigo 5º, inciso XLVI, da CF, não pode fazê-lo contrariando os valores e princípios político-criminais constitucionais, sob pena de a individualização ser inconstitucional. E é justamente isso que fez o legislador ao não estabelecer prazos máximos de duração das medidas de segurança,[97] destoando dos postulados do sistema penal constitucional.

Sendo assim, fica claro que urge repensar o sistema legal de "cominação" das medidas, que já devem ser, abstratamente, individualizadas, e isso em consonância com os demais valores e princípios constitucionais. Os primeiros passos nesse sentido devem ser a supressão de prazos mínimos de duração das medidas de segurança e o estabelecimento de prazos máximos,[98] além do fim da vinculação da espécie de medida de segurança a ser aplicada à punição abstrata do fato.

Importante registrar que se a individualização legislativa da medida de segurança necessita de reformulações, isso também ocorre nas fases judicial e executória. Na individualização judicial, deve o juiz levar em conta as especificidades do caso concreto, ou seja, do ilícito-típico praticado e do grau de periculosidade do indivíduo,

---

97 A indeterminação temporal das medidas de segurança parece ser fruto da prevalência absoluta de finalidades preventivas especiais negativas, em razão da periculosidade do indivíduo. O legislador, que no estabelecimento de limites mínimos simplesmente não levou em conta a necessária prevalência da prevenção especial positiva, na disposição da indeterminação das medidas considerou absoluta a prevenção especial negativa, ainda que contrariando os dispositivos constitucionais já citados. A incoerência do parágrafo primeiro do artigo 97 é notória.

98 Questão controversa, a ser posteriormente tratada, é a definição dos critérios para tanto.

em razão da anomalia psíquica, para fixar a espécie de medida de segurança a ser aplicada e sua duração. O grande problema é que o juiz faz a individualização judicial com base nas premissas equivocadas estabelecidas pela individualização legislativa. Em outras palavras, o juiz analisará as seguintes questões: se o fato praticado pelo inimputável é punido abstratamente com reclusão (caso em que determinará a internação) ou detenção (caso em que aplicará o tratamento ambulatorial, se possível); e quais são as necessidades terapêuticas tendentes à diminuição de sua periculosidade, para fixar o prazo mínimo entre um a três anos.

Caso o magistrado siga tão somente esse raciocínio, a individualização judicial restará insatisfatória. Para bem cumprir seu mister, deve ele reconhecer a inconstitucionalidade[99] de tais disposições quando da individualização concreta da medida, decidindo com base nas exigências preventivo-especiais, sobretudo positivas, e nos princípios constitucionais pertinentes. Felizmente, há decisões judiciais[100] no sentido de admitir a aplicação de tratamento ambulatorial ao doente mental que praticou fato punido com reclusão, se essa medida for terapeuticamente suficiente. Já com relação à duração das medidas, a atividade judicial é mais tímida, não se tendo notícia de decisões que não fixaram prazo mínimo de duração das medidas ou que estabeleceram prazo máximo.

Com relação à terceira espécie de individualização – a executória –, pode-se dizer que ela é absolutamente essencial para o êxito da medida de segurança. Isso porque, à proporção que o tratamento evolui, ou mesmo retrocede, a medida vai sendo modificada para se adaptar à nova condição do interno. As decisões[101] a serem tomadas na fase executória são imprescindíveis para a consecução das finalidades das medidas, tendo aqui a individualização uma relevância

99 Ou, ao menos, realizar uma interpretação constitucional, adaptando o dispositivo aos ditames da Carta Maior.

100 Cf. RT 770/557, RT 748/656, RT 791/664, RT 814/609. Contra: RT 760/648, RT 741/694, RT 797/616.

101 Tais como: conversão da internação em tratamento ambulatorial (e vice-versa) e desinternação condicional.

extremamente importante. Cumpre ressaltar que, muito embora o juiz da execução seja o ator principal nessa fase de individualização, os profissionais da saúde[102] que intervêm constantemente na execução da medida também contribuem para essa individualização de maneira determinante. Esses atores concorrem, portanto, para a individualização da execução da medida de segurança, que deve ser realizada sempre tendo em vista a finalidade de ressocialização do indivíduo.

Sendo assim, convém ressaltar que omissões[103] ao longo da execução da medida ferem o princípio da individualização. A medida de segurança deve ser constantemente[104] monitorada por todos os profissionais envolvidos, inclusive pelo juiz da execução. Viola também o princípio da individualização da medida de segurança a realização de tratamento psiquiátrico massificado,[105] assim como a terapêutica realizada apenas com a finalidade de acalmar os doentes, e não efetivamente curá-los.[106]

No sentido contrário, ou seja, de modo a obedecer ao princípio em tela, encontra-se o instituto da desinternação progressiva, já que representa outra forma de execução da medida, à disposição do juiz quando da individualização da medida de segurança. Analisando o indivíduo concreto, sujeito à referida sanção, pode o juiz lançar mão da desinternação progressiva, desde que seja a alternativa mais adequada para o tratamento e a ressocialização de tal indivíduo. Na verdade, mesmo no âmbito da própria desinternação progressiva, várias são as possibilidades de individualizar a execução da

---

102 A atuação de um médico, por exemplo, concorre efetivamente para a individualização da medida, e da prescrição correta ou equivocada de um fármaco também depende o sucesso de sua execução.

103 Conforme Barros (2001, p.211), "o princípio da individualização da pena na execução penal, sua extensão, não se reduz a uma mera declaração formal de boas intenções, senão que impõe exigências concretas".

104 Não se pode tomar conhecimento das mudanças ocorridas apenas anualmente, por exemplo.

105 Cujos malefícios foram apontados no primeiro capítulo, assim como sua relativa trivialidade na realidade manicomial brasileira.

106 Prática infelizmente comum.

medida, já que são diversas[107] as espécies de atividades que podem ser realizadas no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico II de Franco da Rocha (HCTP II), devendo ser elegidas sempre de acordo com a evolução terapêutica de cada interno. Tal instituto conduz a uma possibilidade de efetivação concreta do princípio da individualização, já que permite a constante mudança na execução da medida de segurança, conforme o andamento do tratamento e as possibilidades de cada indivíduo.

Convém ressaltar que, não estando baseada apenas no tratamento farmacológico, a desinternação progressiva apresenta mais instrumentos capazes de colaborar para a consecução da cura dos internos. Instrumentos esses, aliás, que podem e devem ser utilizados de forma combinada, sempre que a individualização concreta da execução da medida assim requerer. Dessa forma, analisada à luz do princípio da individualização da medida de segurança, a instituição legal da desinternação progressiva é altamente recomendada.

Princípio da proporcionalidade

Essencial para o direito das medidas de segurança é o princípio da proporcionalidade.[108] Como qualquer ato de ingerência estatal na

107 Se para um determinado paciente é mais adequado e eficaz para seu tratamento que ele cuide da horta, assim deve ser feito. Se o mais recomendado é que cuide da faxina, essa atividade deve ser desenvolvida. No caso de ser mais ressocializadora a atividade de cuidado com a cozinha e o refeitório, esta deve ser a escolhida, e assim sucessivamente. Também pode ocorrer de ser mais adequada a realização conjunta de todas essas atividades, hipótese que deve ser acolhida, sempre tendo em vista o doente concreto, cuja medida referente deve ser individualizada.

108 Os Códigos Penais alemão (§ 62), espanhol (art. 6.2) e português (art. 40.3) reconhecem expressamente esse princípio. A disposição alemã estabelece que a medida de segurança e correção deve guardar proporção com a importância dos fatos cometidos pelo autor e dos fatos que se esperam, assim como com o grau de periculosidade que se deriva daqueles (Barreiro, 2001, p.160). Já a lei portuguesa estabelece que a medida só pode ser aplicada se for proporcional à gravidade do fato e à periculosidade do agente.

esfera de bens e direitos dos cidadãos, a medida de segurança deve, indubitavelmente, estar submetida ao princípio em tela (Gracia Martín, 2006, p.459) enquanto decorrência mesma do Estado Social e Democrático de Direito Material. A submissão da medida a esse princípio se dá não apenas em sua aplicação, mas também em sua cominação e execução (Dias, 2005, p.449; Barreiro, 2005, p.576).

Esclareça-se que a proporcionalidade tem dois aspectos, quais sejam: princípio da proporcionalidade em sentido amplo e princípio da proporcionalidade em sentido estrito.[109] Concordamos com Barreiro (ibidem, p.575-6) ao afirmar que o primeiro princípio, ao se referir aos princípios de necessidade e de subsidiariedade, aproxima-se da intervenção mínima, cujas projeções para o âmbito das medidas de segurança já foram tratadas neste trabalho. Sendo assim, trataremos por ora do princípio da proporcionalidade em sentido estrito, consistente na manifestação do princípio da proibição do excesso e fundamentalmente relacionado à ideia de ponderação de bens.

O princípio de proporcionalidade, segundo doutrina autorizada, exerce a mesma função que o princípio da culpabilidade tem no direito das penas.[110]

> Se a culpa, por um lado, constitui o limite inultrapassável da medida da pena, à proporcionalidade cabe, no direito das medidas de segurança, uma função de não menor relevo: a de proibir a aplicação de uma medida de segurança que se revele, na carga de negação ou de restrição de direitos fundamentais do agente que representa, desajustada, desproporcionada, desmedida ou excessiva face à gravidade do facto ilícito-típico cometido e à perigosidade do agente. De modo que ainda aqui, tal como sucede com a culpa, a proporcionalidade limita a necessidade de protecção de

109 Hegglin (1996, p.370) afirma que o princípio da proporcionalidade, entendido como proibição do excesso (isto é, em sentido amplo), decompõe-se em três subprincípios, a saber: idoneidade, necessidade e proporcionalidade em sentido estrito.

110 Nesse sentido, Antunes (2002, p.114-5), Barreiro (2001, p.160), Gomes (1990, p.19), Hegglin (1996, p.370), Seitún (2004, p.44-5), entre outros.

> bens jurídicos e a desejável reintegração social do agente pela exigência de respeito pela eminente dignidade pessoal daquele. (Dias, 2005, p.449)

O pensamento defendido por Dias traz uma contribuição importante ao direito das medidas de segurança. Enquanto a doutrina tradicional substitui a culpabilidade pela periculosidade, como fundamento e limite da medida de segurança, extraindo daí a consequência de que aquelas podem ser indeterminadas, enquanto não cessada a periculosidade, Dias superpõe no espaço deixado pela culpabilidade – que não se aplica à medida de segurança – o próprio princípio da proporcionalidade.[111] Juízo que deve levar em conta não apenas a periculosidade, mas também a gravidade do ilícito-típico cometido pelo agente. Como decorrência, as medidas de segurança podem ser delimitadas temporalmente, funcionando o fato também como seu limite.

Como se pode notar, a aplicação do princípio da proporcionalidade nas medidas de segurança é inafastável, e quanto a isso não há maiores controvérsias. A grande e tormentosa questão reside no estabelecimento dos critérios que regem dita proporcionalidade. Nas palavras de Gracia Martín (2006, p.459-60):

> *¿cuáles deben ser los términos de comparación entre los que habrá que establecer la relación de proporcionalidad? Uno está claro que es la medida, dado que es la consecuencia jurídica aplicable, pero ¿el otro?, ¿a qué o en relación a qué tiene que ser proporcionada la medida de seguridad?*

O próprio autor enuncia uma resposta a essa pergunta, afirmando que a segunda categoria a ser analisada na relação de proporcionalidade é a periculosidade do indivíduo e a gravidade dos delitos que se espera que ele cometa no futuro. O fato praticado não deve ser

111 Para Sanz Morán (2000, p.37), a periculosidade é o fundamento da medida de segurança, e a proporcionalidade é o limite as suas necessidades preventivas.

levado em conta no juízo de proporcionalidade, já que o fundamento da medida de segurança é a periculosidade do indivíduo, analisada a partir da probabilidade de lesões futuras, e suas finalidades são, em sua já comentada opinião, exclusivamente preventivo-especiais. Como decorrência desse pensamento, Gracia Martín sustenta que a duração das medidas de segurança não podem ser determinadas previamente, pois não se tem como precisar o término exato da periculosidade, momento em que a medida de segurança não seria mais necessária. Conclui o referido autor pela indeterminação das medidas de segurança, ressaltando, no entanto, que a lei deveria fixar um limite máximo para sua duração, em razão da segurança jurídica, limite esse a ser estabelecido conforme a duração habitual do tratamento de que precise o indivíduo. O autor diverge, portanto, da posição de parcela da doutrina que defende que a duração da medida não pode ser superior à duração da pena prevista abstratamente para o delito. Perspectiva essa, aliás, explicitamente adotada pelo Código Penal espanhol, em seu artigo 6.2, ao estabelecer que as medidas de segurança não podem ser nem mais gravosas nem de maior duração que a pena abstratamente aplicável ao fato cometido, nem exceder o limite do necessário para prevenir a periculosidade do sujeito. Para Gracia Martín (2006, p.461-3), "*la formulación del principio de proporcionalidad de las medidas en el Código penal español incurre en una grave contradicción interna*".[112]

Parece assistir razão a esse autor quando critica a questão da onerosidade da medida, que não pode ser maior que a da pena. Isso porque, sendo assim, se a previsão é de pena não privativa de liberdade, não se poderá aplicar medida de segurança de internamento, em razão tanto do dispositivo em tela quanto de expressa vedação

---

112 Além dos motivos já esposados, e considerando a previsão de medidas de segurança para imputáveis no ordenamento espanhol, o autor pondera que se a medida, nesse caso, se faz necessária justamente porque a duração da pena é insuficiente para a contenção da periculosidade do agente, não faz sentido condicionar a duração da medida à da pena. No Brasil, recorde-se que a medida é possível apenas para inimputáveis e semi-imputáveis que necessitarem de especial tratamento curativo.

(art. 95.2 do Código espanhol) (Gracia Martín, 2006, p.463). Com efeito, essa disposição não leva em conta as necessidades terapêuticas do indivíduo, que podem indicar a necessidade de internação. De nossa parte, entendemos ser necessário o estabelecimento prévio de limites máximos de duração da medida, mas também não consideramos plausível essa comparação entre a onerosidade da pena e da medida de segurança, tendo em vista sua natureza (detentiva ou restritiva).

Em dissonância com o critério reconhecido por Gracia Martín para delimitação das medidas de segurança (duração habitual do tratamento psiquiátrico) posiciona-se Toledo y Ubieto (2000, p.122-4). Após rejeitar a posição do fato cometido enquanto delimitador da duração da medida, por considerar a periculosidade seu único fundamento, critica também o critério baseado na habitualidade do tratamento necessitado pelo sujeito, em razão da dúvida a respeito do momento desse juízo, concluindo então pela necessidade de indeterminação das medidas de segurança como decorrência de seu fundamento e finalidades. Esse autor, portanto, elege a periculosidade como critério adequado para a concretização do princípio da proporcionalidade.

Assim também Urruela Mora (2001, p.178-86), para quem a proporcionalidade deve se referir à periculosidade do indivíduo,[113] revelada pelo fato cometido, que funciona como um mero indício daquela. Critica também esse autor, por essas razões, a disposição do Código Penal espanhol, considerando que, em nenhuma hipótese, a duração das medidas pode estar vinculada à duração máxima da pena. Aceita, no entanto, a possibilidade de estabelecer a duração habitual do tratamento como critério limitador:[114]

---

113 Segundo esse autor (Urruela Mora, 2001, p.178), "*cabe poner de manifiesto la imposibilidad de determinar* ex ante *el periodo de tratamiento necesario para hacer frente a la peligrosidad revelada por el sujeto, por lo que la medida adecuada, considerándola desde un punto de vista estrictamente dogmático, habría de ser de duración indeterminada*".

114 Note-se que, doutrinariamente, têm sido basicamente três os critérios elencados como conteúdo do princípio da proporcionalidade: a periculosidade, com a

> [...] *cabría de* lege ferenda *sostener un criterio intermedio entre las dos posiciones extremas* [...], *cuales son, por un lado, la limitación temporal de la duración de la medida de seguridad en función de la pena impuesta, y por otro, su indeterminación relativa en atención al criterio de la peligrosidad criminal. La consecución de una absoluta seguridad jurídica en fase de imposición de las medidas de seguridad podría lograrse mediante el establecimiento de un límite legal al internamiento de acuerdo con la duración normal (estándar) del tratamiento.* (Urruela Mora, 2001, p.185)

De qualquer forma, registre-se que o referido autor aceita plenamente a vigência do princípio da proporcionalidade, nos contornos por ele reconhecidos, inclusive incidindo com relação às equipes responsáveis pela execução das medidas. O tratamento da periculosidade deve prevalecer sobre o tratamento da doença mental do indivíduo, pois, em muitos casos, pode a periculosidade cessar, não obstante a continuidade da enfermidade, razão pela qual os critérios legais, como o princípio da proporcionalidade, devem prevalecer sobre os objetivos terapêuticos.

Por sua vez, como já dito, Dias considera que a gravidade do fato praticado pelo agente, além de sua periculosidade, fundamenta o juízo de proporcionalidade. Proporcionalidade[115] essa que deve ter por critérios, de um lado, o fato praticado pelo inimputável e, de outro, o "significado do(s) facto(s) cuja repetição no futuro seja razoavelmente de esperar e, consequentemente, no grau de perigosidade que do relacionamento daquele com este(s) resulte" (Dias, 2005, p.450). Semelhante é o pensamento de Barreiro (2005, p.576-7),

consequência de a medida ser indeterminada; a gravidade do fato, decorrendo-se normalmente dela a vinculação ao máximo da pena abstrata; e, finalmente, a necessidade habitual do tratamento enquanto delimitador temporal da medida. Alguns autores, frise-se, elegem mais de um critério, ou extraem consequências diferentes que as citadas.

115 Na verdade, o referido princípio tem um viés negativo, pois só se pode afirmar a desproporcionalidade de uma medida, e não fixar com exatidão a proporcionalidade em si mesma (Dias, 2005, p.450).

sustentando que o princípio da proporcionalidade condiciona a aplicação das medidas à gravidade do fato cometido e dos fatos que possam ser cometidos futuramente, e ao grau de periculosidade criminal do indivíduo, devendo-se fazer uma valoração global de todos esses aspectos a fim de formular o juízo de proporcionalidade. Para esse posicionamento, portanto, não é apenas a periculosidade[116] que deve ser considerada no juízo da proporcionalidade, perdurando a medida enquanto esta não cessar, mas também o fato efetivamente praticado pelo inimputável. Sendo assim, no caso de fatos de pouca ou nenhuma gravidade, a aplicação da medida de segurança será desproporcional, não devendo ocorrer (Dias, op.cit., p.451).

Isso não quer dizer, necessariamente, que a limitação da medida de segurança à pena abstrata do delito seja adequada. Barreiro, por exemplo, ainda que considere a gravidade do fato cometido um dos parâmetros da proporcionalidade, critica a já citada disposição do Código Penal espanhol, porque ela desconsidera o elemento fundamental da formulação do princípio da proporcionalidade: o grau de periculosidade.[117] Nas palavras do autor, essa disposição legal "*desnaturaliza las medidas de seguridad y lleva consigo una comprensión errada del modo en que deben incorporarse las garantías del Estado de Derecho a las medidas de seguridad*" (Barreiro, 2005, p.577). Como consequência desse equívoco legislativo, a medida de segurança não poderá jamais ultrapassar o limite da pena máxima abstrata, ainda que a situação concreta do indivíduo exija a continuidade da medida. Como alternativa, o autor propõe que se

116 A periculosidade criminal, para Dias (2005, p.442-3), consiste na probabilidade de repetição de ilícitos da *mesma espécie* que o já praticado, pois senão a prática do fato transforma-se em mero ensejo para possibilitar a intervenção estatal sobre o indivíduo.

117 Barreiro (2005, p.577) elenca, no entanto, alguns argumentos daqueles que defendem o artigo em tela, dos quais destacamos os seguintes: trata-se de uma opção garantista; adapta-se ao princípio da igualdade. Quanto à violação ao princípio da igualdade, representada pela não vinculação da duração da medida à pena abstrata, Barreiro (2001, p.163) não a reconhece, entendendo ser absolutamente proporcional a fixação desse prazo tendo por base sobretudo a periculosidade do sujeito, devendo a lei recorrer a outros critérios para sua delimitação.

fixe o prazo máximo de duração das medidas tendo em vista suas finalidades específicas.[118]

Já Antunes (2003, p.96-9) sustenta que apenas deve ser levada em conta a periculosidade do agente no juízo do princípio da proporcionalidade. Para ela, o fato praticado conta apenas como fato comprovador daquela periculosidade, que é derivada da doença mental de que o indivíduo é portador. Ademais, critica a vinculação do marco temporal das medidas tendo em vista a pena máxima do delito, pois essa delimitação só deveria levar em conta "considerações alheias à pena", ponderações específicas do âmbito das medidas de segurança, sob pena de uma aproximação inadequada ao direito das penas.[119] Cita então, como um marco defensável da limitação das medidas, a disposição do Projeto Preliminar italiano de 2000, que estabelece que a medida de segurança aplicada ao portador de doença mental não pode ultrapassar cinco anos. Pelo que se pode inferir, a autora considera como fundamento para essa delimitação as necessidades terapêuticas habituais, considerando-se o avanço atual da Psiquiatria.[120]

---

118 Assim também Sanz Morán (2000, p.38-9). Com relação à possibilidade de transferir o indivíduo para o internamento civil, no caso de a medida findar e a periculosidade persistir, Sanz Morán questiona se não se trataria apenas de uma fraude de etiquetas, já que o internamento civil é indeterminado. Contra, Hegglin (1996, p.372), para quem a transferência para o juízo cível não é uma mera troca de etiquetas, já que há uma efetiva atenuação do modo de cumprimento do tratamento.

119 "Acreditamos que, sob pena de descaracterização e de confusão relativamente ao direito penal das penas, o direito penal das medidas de segurança tem que se afirmar, no futuro, como um direito onde o facto praticado releve, não autonomamente, mas apenas na medida em que tiver significado para o juízo sobre a perigosidade criminal do agente" (Antunes, 2003, p.97).

120 Antunes (2003, p.100) pondera que o direito atual das medidas de segurança, equivocadamente, estabelece limites máximos de duração do internamento absolutamente "defasados do tempo médio do internamento psiquiátrico, o que anula a garantia dada, no passado, pela determinação de um limite máximo de duração coincidente com o da pena prevista para o facto praticado". Como exemplo, esclarece que "o tempo médio de internamento necessário à compensação clínica" da esquizofrenia é hoje de cerca de um mês. Assinale-se que, se

Ponderação interessante é a trazida por Robledo Villar (1998, p.593). A princípio, a proporcionalidade da medida deve ser valorada segundo o grau de periculosidade do indivíduo. No entanto,

> [...] *las dificultades surgidas ante la subjetividad que implica la peligrosidad criminal individual y los escasos resultados terapéuticos de muchas de las medidas impuestas han propiciado que, en no pocas ocasiones, se haya buscado la equivalencia entre las características del hecho cometido (no de la peligrosidad criminal) y la medida a imponer.*

Em outras palavras: teoricamente, para esse autor, o critério para aferição da proporcionalidade é a periculosidade, mas, por razões de ordem prática, alguns ordenamentos têm feito a vinculação com o fato cometido. O autor, no entanto, é taxativo ao afirmar que a delimitação temporal das medidas deveria ser feita segundo o tempo que habitualmente dura o tratamento, e não conforme a gravidade do fato cometido (ibidem, p.600). Já para Seitún (2004, p.44-51) a proporcionalidade não deve guardar relação nem com a pena prevista para o delito nem com a periculosidade, e sim deve ser simplesmente um marco garantista,[121] apto a limitar sua intervenção no tempo. Isso porque o princípio em tela deve balancear o grau de sacrifício imposto pela intervenção estatal ao inimputável e a importância do interesse salvaguardado pela medida; no entanto, quando a importância do interesse tutelado tender à justificação de uma medida que contraria o conteúdo essencial de um direito fundamental, a medida não poderá ser aceita, em razão da inalterabilidade de ditos direitos.

---

no Direito Penal português há a garantia da delimitação temporal da medida, que estaria prejudicada em razão desses argumentos, no Brasil isso ainda deve ser construído.

121 Um primeiro limite máximo imaginado pelo autor foi o período de vinte anos, tendo em vista que, no ordenamento argentino, esse era o prazo que permitia o livramento condicional para os delitos mais graves. Posteriormente, com a mudança legal para 35 anos, motivada, segundo o autor, apenas pelo reclamo social, passou a considerar esse critério inadequado, postulando então a limitação vinculada à pena máxima abstrata cominada ao delito (Seitún, 2004, p.75-6).

O princípio da proporcionalidade, portanto, para esse autor, deve ser concretizado nesses termos.

Na doutrina brasileira, Gomes (1990, p.19) sustenta que o parâmetro correto para aferição da proporcionalidade é tão somente a gravidade do fato cometido. Isso porque o juízo sobre a periculosidade é impreciso, não servindo como critério para o princípio da proporcionalidade, pois não consegue atender as exigências impostas pela segurança jurídica e pelo Estado de Direito, tampouco pelo próprio princípio da proporcionalidade. O critério adequado para delimitar as medidas seria, em sua opinião, a gravidade do fato, vinculando-se a duração da medida à duração abstrata da pena, que não pode ser ultrapassada em nenhuma hipótese, mesmo que a medida não tenha atingido satisfatoriamente suas finalidades. Também para Levorin (2003, p.124) a medida de segurança deve guardar proporção com a gravidade do fato cometido pelo doente mental, que deve ser o limite de duração daquela. Para ele, "uma medida de segurança indeterminada é desproporcional porque o tipo penal violado prevê um marco mínimo e máximo para se estabelecer a proporcionalidade".

Hegglin, admitindo a necessidade de valoração do fato cometido no juízo de proporcionalidade, sustenta que as medidas de segurança têm um limite mínimo e um máximo. O mínimo deve ser fixado pela periculosidade do sujeito, com a ressalva de que, se esta não existir, apesar do fato praticado, não se deverá impor a medida. O limite máximo é fixado pela pena máxima prevista para o delito pelo qual o indivíduo foi acusado. Como fundamento, Hegglin (1996, p.372-3) assevera que

> [...] *el juez penal no puede, por razones de seguridad, someter al sujeto al régimen penitenciario más tiempo del que le hubiera correspondido si hubiera sido declarado culpable. Admitir lo contrario significaría darle al juez penal mayor intervención en los supuestos en que el sujeto sea absuelto y corresponda una medida de seguridad que en el supuesto en que el sujeto sea condenado y sometido a la ejecución de una pena. Aun cuando el sujeto culpable resulte criminalmente peligroso, razones de*

defensa social no justifican la extensión de la ejecución de la pena más tiempo del previsto por el legislador para el delito cometido.

De fato, tal como já vínhamos insistindo, isso fere frontalmente qualquer razoabilidade, além dos princípios da igualdade, legalidade e proporcionalidade. Ora, proporcionar um tratamento muito mais severo[122] àquele que foi absolvido, sob pretexto de sua doença mental, não é algo que se coadune com nosso Estado. A intervenção penal sobre o doente mental precisa findar em um determinado momento e, idealmente, já na imposição da medida de segurança o indivíduo deve saber o tempo máximo possível da intervenção sobre ele. Se o risco da prática de novos delitos é assumido com relação ao imputável, justamente em razão do peso dos referidos princípios, com maior razão deve ser assumido frente ao inimputável.[123]

Na verdade, a lei deve sim fixar limites máximos de duração da medida, e o Estado deve, concretamente, fornecer tratamento eficiente e adequado para efetivamente possibilitar a cura ou a diminuição da periculosidade do indivíduo. Nos casos em que, apesar de todos os esforços concretos nesse sentido, o indivíduo continuar extremamente perigoso, a transferência para o tratamento público de saúde, desvinculado da execução penal, parece ser adequada,[124] já que nem retorna o indivíduo imediatamente à sociedade, nem

---

122 Há um relato privilegiado de um ex-interno sobre essa questão. Trata-se do famoso filósofo Louis Althusser, que, em 16 de novembro de 1980, estrangulou e matou sua esposa. Considerado irresponsável, foi internado em um sanatório. Entre outras muitas críticas que fez à medida de segurança, *"Althusser considera que ambas consecuencias, 'pena-encarcelamiento' y 'medida-confinamiento' son condenas, llegando a la lógica conclusión que muchos juristas niegan: la indeterminación del plazo de las medidas de seguridad permite apreciarlas como consecuencias jurídicas ('condenas'), más severas que las penas"* (Righi, 2001, p.73-81).

123 Nesse sentido, Seitún (2004, p.73), para quem, em determinado momento, a sociedade terá de aceitar os riscos decorrentes da soltura do inimputável, se eles forem menores que o sacrifício acarretado pela medida de segurança.

124 Nesse sentido, também Seitún (2004, p.76): "*Para el caso de considerarse necesaria la continuación de la medida, será la jurisdicción civil la que deba supervisar, en adelante, la internación que, bajo ningún concepto podrá quedar bajo la órbita del servicio penitenciario*".

permite a perpetuação da intervenção penal. Certamente, a situação do indivíduo não será piorada, eis que o médico do serviço público de saúde não precisará fazer o juízo impreciso da probabilidade de repetição de novos fatos típicos, mas se restringirá a considerações de ordem clínica, analisando a sociabilidade e a evolução da doença do indivíduo. Em verdade, o que passa a estar em pauta é tão somente a doença do indivíduo, e não mais o fato praticado que deu ensejo à medida de segurança nem a periculosidade que ele representou. Essa relação precisa findar no tempo, sob pena de desestruturar os mais importantes fundamentos de nossa ordem constitucional.

Em verdade, o posicionamento doutrinário que extrai da periculosidade a consequência da indeterminação das medidas de segurança é fruto de uma ainda persistente influência da escola positiva e da defesa social, que tudo permitia em razão da segurança da sociedade. Creio já estar bem delimitada nossa posição – que de resto segue as tradicionais considerações a respeito do Estado Democrático de Direito – no sentido de que as finalidades preventivas das consequências jurídicas do delito, entre elas as medidas de segurança, são limitadas por todos os fundamentos desse mesmo Estado e pelas garantias por ele reconhecidas, movimento que, de resto, remonta ao Iluminismo. O que torna a medida de segurança diferente da pena (tal como a periculosidade do indivíduo e a exclusão da culpabilidade pela inimputabilidade) não tem o condão de afastar a aplicação da CF, como se a sobrevivência pura do instituto fosse mais importante que a defesa de nossa ordem constitucional.

Ora, se a projeção dos princípios constitucionais, no âmbito das medidas de segurança, pode levar-nos a identificar novas características (como sua delimitação temporal), que no surgimento das medidas não estavam presentes, isso não é motivo suficiente para tornar as medidas imunes aos princípios maiores de nossa ordem jurídica, sobretudo aos da dignidade da pessoa humana. A regulamentação e a execução das medidas é que devem, subservientemente, receber os mandamentos constitucionais, e não o contrário. Parece-me definitivamente absurdo pretender afirmar o contrário, como se o âmbito das medidas de segurança fosse um

capítulo à parte de nosso ordenamento jurídico. Dessa feita, ainda que se defenda como critério norteador do juízo da proporcionalidade tão somente a periculosidade do indivíduo, ainda assim limites máximos de duração da medida devem ser estabelecidos, em nome da dignidade da pessoa humana, do princípio da legalidade e da segurança jurídica.

O argumento de que a delimitação temporal das medidas confundi-las-iam com as penas não procede,[125] como expressamente reconhece Antunes (2002, p.120-1, destaque do autor):

> [...] muito embora a natureza político-criminal da medida de segurança continue a apontar para uma duração ilimitada e indefinida desta e, por conseguinte, para a admissibilidade da perpetuidade desta sanção, a extensão a este domínio de princípios como o do Estado de direito, o da legalidade e o da proporcionalidade impôs a vigência da r*egra da natureza temporária, limitada e definida* das medidas de segurança privativas ou restritivas da liberdade. Uma regra fundada, estritamente, nos princípios destacados e não, portanto, fruto de qualquer alteração ao nível da natureza político-criminal da medida de segurança. De todo o modo, uma evolução ditada por princípios característicos do direito penal das penas, ditada pela aproximação da medida de segurança à pena.

Também a ideia de que o fato típico-ilícito funciona como mero indício da periculosidade, não devendo por isso ser considerado no juízo de proporcionalidade, é resquício do pensamento positivista. No estágio atual de desenvolvimento da dogmática penal, o fato do inimputável é de extrema importância, pois consiste em uma concreta lesão ou exposição a perigo de bens jurídicos relevantes. Não dar importância a ele, e se prender apenas na probabilidade de cometimento de fatos futuros, é confiar em um juízo totalmente

---

125 O que critica a autora, por resultar em uma indevida aproximação entre pena e medida de segurança, é a referência à pena cominada ao delito, quando da delimitação da medida, e, antes disso, a autonomização do fato cometido frente à periculosidade (Antunes, 2003, p.97-8).

incerto e que, por isso mesmo, dá margens a muitas arbitrariedades, inadmissíveis no Estado de Direito.

Por essa razão é que entendemos serem dois os critérios pertinentes ao princípio da proporcionalidade, a saber: a gravidade do ilícito-típico efetivamente praticado pelo indivíduo e sua periculosidade, entendida como a efetiva probabilidade de se repetirem esses ilícitos. Ademais, sustentamos que o fato deve ser um limite à intervenção estatal, justamente para que o princípio da proporcionalidade cumpra efetivamente o papel da culpabilidade no direito das penas, freando o afã preventivo quando a aferição da periculosidade pretender tender as medidas à perpetuidade. Sendo assim, discordamos radicalmente do posicionamento esposado por Urruela Mora (2001, p.186), no sentido de que fatos de escassa relevância penal podem ser expressão de uma elevada periculosidade, que requer a aplicação da medida de segurança – por tempo indeterminado –, tendo em vista que o fato cometido funciona como mero indício da periculosidade.

Além dessas razões, não é demais dizer que nossa Constituição veda a existência de sanções penais perpétuas e de tratamentos desumanos e degradantes[126] (art. 5º, XLVII, CF), tudo a exigir a delimitação das medidas de segurança no tempo. Sendo assim, a indeterminação temporal das medidas de segurança, estatuída pelo artigo 97, § 1º, do Código Penal brasileiro, é inconstitucional, a não ser que se faça uma interpretação conforme a Constituição, como, por exemplo, fez o Pretório Excelso na já citada decisão (*Habeas Corpus* nº 84.219).

De qualquer forma, no que toca à delimitação dos critérios que entram em causa no juízo de proporcionalidade, já estabelecemos nosso posicionamento, no sentido de admitir tanto a periculosidade quanto o fato típico cometido. No entanto, reconhecer o ilícito-típico como uma das categorias da proporcionalidade não é o bastante.

---

126 Segundo Seitún (2004, p.70-1), as consequências penais – entre elas as medidas de segurança – devem respeitar a dignidade humana, que se materializa no princípio da humanidade e na proibição de tratamentos degradantes ou desumanos.

Falta ainda precisar as consequências dessa afirmação, tarefa nada fácil e para cuja consecução muito labor doutrinal ainda se fará necessário. De todo modo, permitir-nos-emos refletir sobre algumas formas de delimitação da medida de segurança, de *lege ferenda*.

A primeira delas, já amplamente referida neste trabalho, diz respeito à vinculação do máximo da medida com a duração abstrata máxima da pena, sendo essa justamente a proposta do Projeto de Lei 3473/00,[127] ainda em tramitação. É muito razoável a crítica da doutrina que pondera que uma disposição desse tipo desconsidera as necessidades de tratamento psiquiátrico tanto com relação ao caso concreto como com relação à evolução das ciências que realizam esse tratamento, que, atualmente, têm conseguido resultados mais céleres que os de outrora. Em que pese essa consideração, tendo em vista que no Direito Penal brasileiro vigente não há qualquer delimitação máxima da medida de segurança, essa disposição resultaria amplamente satisfatória nesse momento histórico. Ademais, obedece ao critério por nós já delineado da necessidade do fato cometido servir de limite concreto à medida, sem a preocupação, de nossa parte, de que isso poderia gerar uma confusão indevida entre medida e pena, em razão dos argumentos acima referidos.

Isso, todavia, não nos impede de pensar outros critérios diferentes para o máximo de duração da medida, projetando nessa reflexão inclusive os outros princípios relevantes nesse tema. Se a vinculação à pena abstrata do delito pode ser, também ela, desproporcional, em razão da capacidade terapêutica célere da Psiquiatria, podemos pensar outras formas quiçá mais adequadas para atingir o objetivo presente.

---

127 O artigo 98 do Código Penal passaria a dispor que o tempo de duração da medida não será superior à pena máxima cominada ao tipo legal de crime. O parágrafo primeiro desse artigo estabeleceria que, findo o prazo máximo e não cessada a doença por comprovação pericial, será declarada extinta a medida de segurança, transferindo-se o internado para tratamento comum em estabelecimentos médicos da rede pública, se não for suficiente o tratamento ambulatorial. Por fim, o parágrafo segundo dispõe que a transferência será de competência do juízo da execução.

O argumento de parcela da doutrina que sustenta que a medida deve ser precisada segundo as necessidades terapêuticas específicas de cada caso concreto leva-nos a uma imediata dificuldade prática: em verdade, a limitação máxima não estaria previamente fixada, continuando o problema de estabelecer-se um marco legal inultrapassável. Ademais, esse juízo de individualização do tratamento necessariamente ocorrerá ainda quando houver, em nosso sistema, essa delimitação máxima, findando a medida, a qualquer tempo, quando a periculosidade cessar ou diminuir consideravelmente. Persiste então a pergunta sobre esse marco inultrapassável. Não recorrendo novamente à ideia da pena abstrata, já que estamos tentando construir um critério diverso, parece ser adequado estabelecer pura e simplesmente um prazo legal para as medidas, como faz o artigo 75 do Código Penal para as penas (em trinta anos), em razão da dignidade da pessoa humana, do princípio da legalidade, da segurança jurídica, entre outros. Entretanto, fica ainda a pergunta a respeito da fixação desse prazo: deve ser de quantos anos?

A primeira proposta poderia ser a de estender a garantia do artigo 75 às medidas de segurança, e isso já seria, sem dúvida, um grato avanço da legislação pátria, que atualmente estabelece expressamente sua indeterminação. Mas isso poderia ainda ser excessivo, considerando as potencialidades do tratamento da doença mental, e também poderia ser inadequado do ponto de vista da igualdade, já que os inimputáveis não podem, em razão dele, receber o mesmo tratamento que o imputável. Sendo assim, poder-se-ia estabelecer o prazo máximo de duração das medidas de segurança em dez ou quinze anos. Findo esse prazo, se o grau de periculosidade do indivíduo não indicar possibilidade de sua reinserção na sociedade, a execução penal deve findar, competindo ao juízo cível as diligências cabíveis no âmbito do sistema de saúde, tal como a transferência do indivíduo a um hospital público. Até porque, convenhamos, se nesse período (de quinze anos, por exemplo) o sistema penitenciário não logrou diminuir a periculosidade do sujeito por meio do tratamento de sua doença, dificilmente conseguirá tal objetivo prolongando ainda mais a medida, sendo mais recomendável uma nova tentativa

de tratamento por outra instituição, desligada do sistema penal. Com a vantagem de efetivamente se abolir de nosso Código Penal a possibilidade de consequências jurídicas do delito perpétuas, proibidas constitucionalmente.

Pois bem, mas ainda aqui temos um problema a tratar. Se apenas esse limite for estabelecido, teremos outra indesejável situação: a do inimputável que, por exemplo, praticou um fato descrito na lei como lesão corporal leve (artigo 129, *caput*, do Código Penal), punido abstratamente com detenção de três meses a um ano, poder ficar internado por quinze anos[128] para tratamento de sua periculosidade. Nesse caso, o fato já não se configuraria como um efetivo limite à intervenção estatal, apto a fazer que o princípio da proporcionalidade exerça a função de delimitação desta.

Sendo assim, recomecemos a construção de um critério delimitador para as medidas de segurança. Talvez pudéssemos pensar, tendo em vista todas as dificuldades teóricas e práticas que permeiam essa discussão, em estabelecer a duração máxima da medida tendo em conta a pena abstrata, mas não em sua totalidade, senão em uma porção apenas. Por exemplo: o prazo de duração das medidas de segurança não pode exceder dois terços da pena abstratamente prevista para o delito. Um critério desse tipo atenderia à isonomia, afinal dessa forma o indivíduo absolvido em razão de sua anomalia psíquica teria um tratamento consentâneo a sua situação, menos gravoso que o destinado aos culpados.

Com relação à porcentagem da pena a ser escolhida, devemos reconhecer que, de qualquer forma, ela será "arbitrária", pois o objetivo seria delimitar objetivamente um marco legal – garantindo-se princípios como o da legalidade, da proporcionalidade, da segurança jurídica e da individualização da medida de segurança, assim como a vedação de sanções penais perpétuas –, marco esse menor que o previsto para o indivíduo culpável, garantindo-se então o princípio da igualdade.

128 Ou, ainda no já citado exemplo trazido por Antunes (2003, p.99), em que o projeto italiano prevê a fixação desse prazo em cinco anos. Ainda assim haveria desproporcionalidade.

Novamente, ressalte-se que não compartilhamos a opinião doutrinária que afirma ser esse um risco de confusão entre pena e medida de segurança. Adequar essa sanção penal a todo esquema de valores, fundamentos e princípios da CF é algo absolutamente salutar, ainda que tenha como consequência indireta certa aproximação ao regime das penas. Poder-se-ia argumentar também que, aceitando-se uma regulamentação semelhante, um problema de origem oposta surgiria: casos em que, apesar de escoado o prazo máximo da medida, a periculosidade persiste grave,[129] requerendo a intervenção penal. Esse problema não é, definitivamente, mais importante que a urgente constitucionalização das medidas de segurança. Ademais, lembre-se de que a intervenção penal finda para o imputável, por mais perigoso que este seja no fim da execução da pena, em razão de uma opção, fundada basicamente na dignidade humana e na segurança jurídica, de nossa Carta Maior. O mesmo raciocínio vale para as medidas de segurança, com a possibilidade adicional de o problema continuar a ser tratado como questão de saúde,[130] acabando a intervenção penal de todo modo.

No entanto, na hipótese de não ser considerada adequada a delimitação da medida vinculada a uma porcentagem da pena, há talvez ainda outra saída: estabelecer-se o prazo máximo de duração da medida de segurança (por exemplo, em quinze anos) e proibir-se a aplicação dela nos casos de delito de menor potencial ofensivo. Dessa feita, poder-se-ia escapar àquelas situações em que o indivíduo que cometeu fato de pouca gravidade fique por muito tempo submetido à medida de segurança, de maneira desproporcional. Ressalte-se, no entanto, que esse critério minimiza a função do fato no juízo de proporcionalidade. De qualquer forma, nas hipóteses em que houvesse periculosidade, apesar da pouca gravidade do fato perpetrado, dever-se-ia estabelecer o encaminhamento do agente para tratamento comum de saúde. Um critério dessa feição obedeceria

129 Sobretudo nos casos, sobre os quais já nos pronunciamos, de que fatos de pouca gravidade podem revelar uma periculosidade extremada.

130 A proteção da sociedade não ficaria, portanto, descuidada, como querem alguns.

claramente ao princípio da intervenção mínima, mas talvez não atendesse à finalidade secundária de prevenção geral da medida de segurança, por nós admitida.

Obviamente, essas considerações não têm a pretensão de ser definitivas, mas sim de contribuir modestamente para uma das maiores controvérsias do direito das medidas de segurança: o debate a respeito de sua delimitação temporal. Vale ressaltar que, independentemente do critério afinal adotado pelo legislador[131] – que, diga-se de passagem, não pode tardar a se configurar –, a disposição legal correspondente incidiria não apenas nos novos fatos praticados por inimputáveis; mas, como a lei penal mais benigna retroage, muitos doentes mentais teriam sua situação revista.

Convém aqui registrar, pela importância da contribuição, que os primeiros movimentos pela formulação das medidas de segurança no Brasil previam sua delimitação temporal. Com efeito, o Projeto Sá Pereira, de 1927, foi o primeiro a incluir as medidas de segurança[132] em suas disposições; após algumas reformulações, a redação do projeto de 1933 previa a limitação temporal da medida, estabelecendo sua duração máxima. Essa proposição, no entanto, foi alvo de intensas críticas por parte da doutrina,[133] que julgava ser

131 Vale lembrar o ensinamento de Dias (2005, p.475), com o qual estamos plenamente de acordo. Nos ordenamentos em que haja previsão abstrata da duração máxima da medida de segurança, a sentença judicial não deve fixar em concreto, previamente, a duração do internamento. Isso porque a duração efetiva do tratamento dependerá do êxito na consecução das finalidades político-criminais da medida, muito embora seja delimitada temporalmente por aquela disposição abstrata. Assim, quando a periculosidade cessar, antes desse prazo máximo, a medida de segurança deve ser extinta (Levorin, 2003, p.132), tudo em conformidade com os princípios e valores de nosso ordenamento.

132 Lembrando que as medidas de segurança, à época, eram também previstas para os imputáveis e abarcavam diversas espécies, tais como: internação em manicômio judiciário; internação em colônia agrícola ou em instituto de trabalho, de reeducação ou de ensino profissional; liberdade vigiada; proibição de frequentar determinados lugares; exílio local; confisco etc.

133 Nas palavras de um de seus maiores críticos: "Medidas de Segurança com prazo determinado é cominação infeliz e desastrosa". "Desde que o fundamento da M. S. é a perigosidade social do agente, aquela lógicamente só poderá desaparecer, uma vez supressa a razão que lhe deu causa. Aplicar a M. S. sem qualquer

incompatível com a essência das medidas de segurança o estabelecimento de sua duração máxima. Essas críticas foram explicitadas na Primeira Conferência Brasileira de Criminologia, realizada no Rio de Janeiro, em 1936, que se posicionou expressamente, em suas conclusões, contra a fixação da duração máxima das medidas de segurança (Pinho, 1938, p.105-16; Nogueira, 1937, p.237-40). Esse posicionamento, como se sabe, foi o que alcançou acolhida pelo Código Penal de 1940 e que, atualmente, passa por uma contundente reconstrução.[134]

Feitas essas considerações, cabe registrar que o princípio da proporcionalidade não se faz apenas relevante no que diz respeito aos prazos máximos de duração da medida de segurança. Também com relação aos prazos mínimos sua projeção se faz sentir, compelindo-nos a afirmar a inconstitucionalidade do artigo 97, § 1º, *in fine*, do Código Penal. Isso porque fazer prevalecer a internação ainda quando o indivíduo não apresente mais nenhum estado perigoso é medida desproporcional, por isso inadmissível (Dias, 2005, p.476). Tal situação significa que a intervenção penal está se dando mesmo diante da inexistência de periculosidade, afrontando, de maneira evidente, o princípio da proporcionalidade. Por essa razão é que o Projeto de Lei 3473/00 retira a delimitação temporal mínima das medidas de segurança[135] de nossa sistemática penal, regulamentação que deve ser aprovada, por ser consentânea com o princípio da proporcionalidade, além dos demais princípios já assinalados anteriormente.

---

fundamento retributivo ou expiatório e tão sómente como meio de tratamento do delinquente e fixar-lhe um limíte, sem atenção aos efeitos da terapêutica, é confundil-a na sua essência com a pena, é transforma-la em meio de opressão e de agravação da pena". "Deve o Código Criminal tornar indeterminada a duração máxima da M. S. fixando-lhe necessariamente um limíte de duração mínima" (Pinho, 1938, p.113-6, sic).

134 Resta saber a quem a história dará razão.

135 O artigo 97, § 2º, do Código Penal passaria a determinar que a medida de segurança deve ser interrompida quando for averiguada, mediante perícia médica, sua desnecessidade ou a cessação da doença.

Finalmente, tratemos da projeção do princípio em tela no âmbito da desinternação progressiva propriamente dita. Como já dito, um dos elementos fundamentais do juízo da proporcionalidade, ao lado do ilícito-típico, é a periculosidade do doente mental, e é essa categoria que se fará essencial no contexto da desinternação progressiva.[136] Isso porque, se em determinado caso concreto a desinternação progressiva for suficiente para conter e tratar a periculosidade do indivíduo, ela deve ser aplicada. Qualquer outra medida mais gravosa será desproporcional, porque mais excessiva do que requer o estado perigoso do portador de anomalia psíquica. Por essa razão, nada obsta que sua instituição legal ocorra; ao contrário, o princípio da proporcionalidade até mesmo o recomenda.

Contribuição importante a esse respeito nos traz Seitún (2004, p.62-8), ponderando que a evolução do tratamento psiquiátrico "*reduce la función de la internación e impone la necesidad terapéutica de salidas transitorias y otras técnicas de reincorporación paulatina del sujeto a la vida social, en una suerte de régimen progresivo*". O problema que se estabelece, enfrentado pelo autor, diz respeito à possibilidade de ser aplicado tal regime no caso de silêncio da lei a esse respeito, é dizer, quando não tiver sido previsto.[137] Em razão do princípio da proporcionalidade, sustenta Seitún que o referido regime deve ser aplicado, ainda que não regulamentado pela lei,[138] quando for suficiente para fazer frente à periculosidade do sujeito.

---

136 Observe-se que, com relação aos limites máximos, a desproporcionalidade tende a configurar-se com relação ao fato praticado, se bem que a periculosidade aqui também desempenha sua função. Já no que se refere aos limites mínimos, a desproporcionalidade normalmente se relaciona à periculosidade. Assim também com relação à desinternação progressiva. Tudo a confirmar, a nosso ver, que ambas categorias confluem para o adequado juízo sobre a proporcionalidade.

137 Tal como ocorre atualmente com a desinternação progressiva em nosso ordenamento.

138 Segundo ele, "*parece razonable que en la medida que existan otras alternativas, por más que no se encuentren previstas en la ley, se las aplique en base a criterios de necesidad, recordando que el principio de proporcionalidad tiene base constitucional*" (Seitún, 2004, p.67-8).

3
Da análise da desinternação progressiva enquanto alternativa para a obrigação político-criminal do Estado no âmbito das medidas de segurança

Histórico da desinternação progressiva

Nos anos 1980,[1] certamente sentindo a influência dos movimentos antimanicomiais e antipsiquiátricos, começa a surgir no seio

---

1 Os dados que doravante passam a ser citados e analisados têm por fonte pesquisa de campo realizada no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico II de Franco da Rocha (HCTP II), entre os dias 17 de dezembro de 2007 e 18 de janeiro de 2008, pesquisa essa devidamente autorizada pelas autoridades competentes, conforme pode se verificar nos anexos a este trabalho. A pesquisa teve por instrumentos a realização de entrevistas com diversos profissionais atuantes na desinternação progressiva, análise de documentos e prontuários, assim como informações verbais concedidas pelos funcionários. Como a pesquisa desenvolveu-se sob a condição de sigilo absoluto a respeito da identidade dos profissionais envolvidos, assim como da identidade dos internos citados ou constantes dos documentos analisados, não se pode indicar diretamente a fonte dos dados, sob pena de grave infração ética. Fato é que toda a descrição da dinâmica da desinternação progressiva foi-nos fornecida pelos profissionais do hospital, assim como pelos documentos analisados, sendo que se tentará reunir todas essas informações de modo que se descreva, o mais fielmente possível, a realidade vivida pelos internos. Bem verdade que não é tarefa fácil reunir as diferentes percepções da desinternação progressiva expressadas pelos profissionais, assim como relacioná-las com as impressões e interpretações da pesquisadora, mas se trata de tarefa tão desafiadora quanto necessária. Registre-se ainda, sobretudo no que tange às conclusões da pesquisa, que se

do sistema penitenciário, mais precisamente por meio dos próprios funcionários ligados à execução da medida de segurança, a ideia de se transformar a internação do inimputável que entrou em conflito com o ordenamento jurídico. Segundo Ferrari (2001b, p.169-70):

> No período de 1981 a 1984, o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Franco da Rocha iniciou visitas experimentais, admitindo que os pacientes-delinquentes passassem os fins-de--semana junto a seus familiares, resultando em concretos ganhos terapêuticos. Tal ensaio, todavia, foi suspenso judicialmente sob a alegação de ausência de amparo legal. [...]. O apego ao formalismo jurídico, contudo, não venceu a imaginação e a resistência dos bem intencionados, inaugurando-se em 1989, em Franco da Rocha, um pavilhão destinado ao implemento de uma progressividade na execução da medida de segurança de internamento, constituindo-se num modelo transitório entre a situação de hospitalização em regime fechado e o retorno ao meio social mais amplo. Instituía-se, assim, uma progressividade à medida de internamento, proporcionando aos indivíduos, que aos poucos melhorassem, um momento de liberdade, retornando ao convívio social.

No mesmo sentido, Adomaitis et al. (2000, p.12) afirmam que "em 1981, se pôs em prática as saídas experimentais de pacientes em companhia de familiares que perduraram até 1984 e foram retomadas em 1989 com a implantação do Projeto de Desinternação Progressiva". Foi, portanto, em 1989[2] que a progressão da medida de segurança no estado de São Paulo consolidou-se definitivamente, passando a contar com o apoio do Poder Judiciário de uma maneira cada vez mais ampla. De qualquer forma, a ideia da progressão na medida de segurança foi sendo amadurecida e aprimorada ao longo do tempo, tornando-se cada vez mais consistente. De início,

---

trata de um posicionamento possível, ainda que empiricamente fundamentado, entre outras construções dogmáticas que podem ser feitas.

2 Informação essa confirmada por um entrevistado. No mesmo sentido, Corocine (2006, p.214).

falava-se em alta progressiva ou ainda em alta progressiva e programada, conforme se verifica neste trecho de uma decisão judicial datada de 20 de março de 1987:

> Ante o laudo psiquiátrico, e tendo em conta o parecer do digno Promotor de Justiça, prorrogo a medida de segurança imposta a*, por um ano. A medida poderá, a critério da culta Diretoria do Manicômio, ser aplicada com a alta progressiva e programada, na forma alvitrada no bem elaborado laudo psiquiátrico.

Com efeito, o parecer psiquiátrico[3] em tela recomendou a aplicação da chamada alta progressiva, conceituando-a como "a possibilidade de liberar o paciente de forma gradativa, segundo seus avanços terapêuticos". Ademais, o perito ressaltou os desafios[4] que teriam de ser enfrentados para a efetivação da medida, porém "somente diante da possibilidade concreta de execução de um novo trabalho, esta Casa poderá moldar-se às novas exigências". Pode-se perceber, com efeito, que o mérito da instituição da desinternação progressiva é dos próprios funcionários que atuavam no hospital, sobretudo dos médicos psiquiatras, que, convém ressaltar, sempre pediam autorização do Poder Judiciário para aplicar a medida.

Como se vê, a iniciativa da criação da desinternação progressiva não se deu no meio jurídico, mas sim no meio médico, a julgar por sua primeira denominação – *alta* progressiva e programada. Essa questão não é importante apenas do ponto de vista histórico, mas é fundamental porque projeta consequências para a própria dinâmica atual da desinternação progressiva, caracterizada por um forte viés médico e terapêutico. Embora esse aspecto não possa ser deixado de lado, é necessário priorizar doravante a abordagem jurídica,

---

3 Importante registrar que o laudo entende a utilização da alta progressiva como terapêutica: "como um tratamento que usasse a alta como terapia e que contemplasse os aspectos orgânicos, psicodinâmicos e sociais de seu desajuste, poderíamos devolvê-lo à sociedade protegendo o paciente e a mesma".

4 Dificuldades e necessidades que ainda hoje têm de ser enfrentadas.

aprofundando-a, na medida em que a desinternação progressiva processa-se no seio de uma sanção penal.

De qualquer forma, como já ficou patente, a experiência denominada alta progressiva e programada posteriormente passou a ser chamada de desinternação progressiva. Um dos motivos para essa modificação seria a necessidade de diferenciá-la da alta progressiva, realizada no Rio Grande do Sul. Na verdade, conforme um dos entrevistados afirmou, informações a respeito da alta progressiva gaúcha inspiraram a criação de prática semelhante no estado de São Paulo. Segundo Ferrari (2001b, p.169), a experiência do Instituto Psiquiátrico Forense, localizado em Porto Alegre, iniciou-se em 1966, sendo pioneira nesse sentido. Sendo assim, é muito provável que tenha mesmo influenciado a criação da desinternação progressiva paulista.[5] Ademais, segundo o trabalho de profissionais que atuaram na desinternação progressiva, a confirmar a estreita relação entre alta e desinternação progressiva,

> [...] em 1989, inaugurou-se um pavilhão destinado ao implemento da Desinternação Progressiva, um projeto calcado nos moldes do já existente no Manicômio do Rio Grande do Sul, que constitui-se num momento transitório entre a situação de hospitalização em regime fechado e o retorno ao meio social mais amplo. (Adomaitis et al., 2000, p.7-8)

No início, as experiências da desinternação progressiva foram realizadas no Manicômio Judiciário do estado de São Paulo, que, em 1988, passou a denominar-se Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Prof. André Teixeira Lima (HCTP I)[6] (Adomaitis et al., 2000, p.7). Em 2001, o Poder Executivo[7] criou um hospital exclusivamente destinado à desinternação progressiva, chamado

---

5 Confirmando essa relação, Corocine (2006, p.216).

6 Conquanto o hospital se destinasse à execução tradicional da medida de segurança, a chamada desinternação progressiva começa a articular-se na chamada Colônia de Desinternação Progressiva (CDP).

7 Por meio do Decreto estadual no 46046, de 23 de agosto de 2001.

de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico II de Franco da Rocha (HCTP II), destinado tão somente ao público masculino. Por sua vez, o HCTP I continua contando com uma ala de desinternação progressiva, destinada a mulheres. Seja como for, o fato de ser destinado um hospital exclusivamente para a realização da desinternação progressiva é muito significativo, pois deixa claro o apoio dado pelo Poder Executivo a essa prática, assim como a inexistência de dúvidas quanto a sua legalidade.[8] Da mesma forma, a já tradicional consulta ao Poder Judiciário, que decide quais indivíduos devem ou não ser transferidos para a medida, revela que esta já se incorporou ao sistema penitenciário paulista.

Regulamentação legal da desinternação progressiva

Como é sabido, as leis brasileiras são silentes no que toca a desinternação progressiva. O Código Penal não faz qualquer menção a ela, tampouco o Código de Processo Penal. Nem a Lei de Execução Penal, que detalha melhor o cumprimento das sanções penais, instituiu-a. Em outras palavras, a desinternação progressiva não está prevista no ordenamento jurídico brasileiro.[9] A única regulamentação existente a respeito do tema não emana do Poder Legislativo, e sim do Poder Judiciário, que reconheceu a importância e possibilidade de aplicação da desinternação progressiva por meio da Portaria nº 9, de 9 de junho de 2003, da Vara das Execuções Criminais de São Paulo.[10] A referida portaria estatui:

---

8 Considerando que a desinternação progressiva não está prevista na legislação penal e processual pátria.

9 Justamente por isso, o interesse que ela desperta, em se tratando de fenômeno já não tão recente e que se realiza a despeito da ausência de previsão legal.

10 A portaria é assinada pelo Dr. Miguel Marques e Silva, então juiz corregedor dos presídios da capital. Referida portaria encontra-se anexada ao presente trabalho.

> Artigo 1º – Fica instituída, no âmbito dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Estado de São Paulo, a possibilidade de transferência de paciente, quer do sexo masculino quanto do sexo feminino, submetido a medida de segurança para a Colônia de Desinternação Progressiva.

Segundo seu artigo 3º, a transferência do interno para a desinternação progressiva pode ser efetuada a qualquer tempo durante o cumprimento de medida de segurança. Dependerá, no entanto, de determinação judicial, concedida à luz de relatório circunstanciado oriundo do hospital que abriga o interno, subscrito por um médico psiquiatra, um psicólogo, um assistente social e um diretor de segurança (art. 2º). Convém registrar que a portaria determina ainda que a sistemática a ser aplicada à desinternação progressiva é aquela detalhada no "regulamento interno estabelecido em projeto apresentado pelo H.C.T.P. de FRANCO DA ROCHA [...] que fica fazendo parte integrante da presente Portaria" (art. 4º).[11] Ocorre que o regulamento é datado de 1999, período em que a desinternação progressiva desenvolvia-se no HCTP I, referindo-se a este hospital portanto, e não ao HCTP II. Assim, não é de se estranhar que a sistemática experimentada atualmente pela desinternação progressiva no HCTP II não é mais idêntica ao que o regulamento em tela retrata, ressalvado obviamente seu próprio espírito.[12] Dessa feita, pode-se concluir que o regulamento a que se refere a portaria não tem mais ampla observância, gerando a necessidade de ser revisto.

De qualquer forma, ressalte-se que a Portaria 09/03 prevê ainda a chamada desinternação progressiva domiciliar ou licença terapêutica, destinada àqueles internos que ainda não reúnam condições de serem transferidos à Colônia de Desinternação Progressiva (CDP), e consistente na possibilidade de visitar seus familiares, até dois finais

---

11 Não se juntou à portaria anexa o regulamento interno por nele constarem a identidade de alguns profissionais, que a presente pesquisa obrigou-se a não revelar.

12 Até mesmo porque é natural a mudança de características e critérios no seio da desinternação progressiva.

de semana ao mês[13] (art. 5º e 6º). Importante notar-se que a autoridade judicial considerou essencial não só a desinternação progressiva operada plenamente e em estabelecimento próprio, mas estabeleceu a possibilidade de um maior contato com o meio social e familiar também para aqueles internos que não podem ainda ser transferidos ao HCTP II, a evidenciar uma mudança de concepção significativa. Afinal, passa a ser cada vez mais corrente, ao que parece, as noções de que a desospitalização deve ser concretizada e de que o contato com o meio externo tem uma função terapêutica e social.[14]

Cite-se também o Decreto Estadual nº 46.046, de 23 de agosto de 2001, que cria e organiza o HCTP II. Muito embora o hospital, desde sua fundação, dedique-se à execução da desinternação progressiva, e pelo que pôde ser averiguado, esta ter sido a razão mesma de sua instituição, em nenhum momento o decreto citado deixa clara essa intenção. É dizer: o decreto não explicita em que o HCTP II diferencia-se dos demais, até mesmo ao discorrer sobre sua destinação.

> Artigo 2º – O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico II de Franco da Rocha é um estabelecimento penal destinado ao cumprimento do tratamento de internos/pacientes inimputáveis dos sexos masculino e feminino portadores de patologias clínicas associadas à doença mental.

Na verdade, o artigo 2º do Decreto nº 46.046 poderia ter uma redação bem mais sofisticada, do ponto de vista técnico, asseverando tão somente que o hospital em tela destina-se à execução de medida de segurança.[15] Apesar da obviedade dessa afirmação, já que se trata de um hospital de custódia e tratamento psiquiátrico (HCTP), uma tal redação pelo menos não faltaria com a verdade.

---

13 A verificação da realização desse instituto foge aos limites deste trabalho.

14 Em última instância, só se pode pretender realmente inserir alguém na sociedade estimulando esse contato.

15 Com isso se evitariam muitas imperfeições, como a de ter deixado de lado a aplicação de medida de segurança a semi-imputáveis.

Ademais, se a criação do hospital realmente tiver por objetivo abrigar exclusivamente o cumprimento da medida de segurança na forma da desinternação progressiva, seria aconselhável que isso fosse aclarado no artigo 2º do decreto.[16] Por não ter explicitado essa questão, o decreto também é silente com relação a uma de suas decorrências: a enumeração das condições e dos pressupostos de aplicação da desinternação progressiva. Ainda que isso seja matéria mais afeita à legislação federal, a ausência dessa previsão no decreto que institui o hospital revela que não há qualquer clareza com relação a esses requisitos.

Outra incoerência pode ser ainda apontada, a saber: a questão do gênero a que se destina o hospital. Apesar de asseverar que o estabelecimento destina-se a homens e mulheres, tal não corresponde à realidade dos fatos. Resta saber se o decreto deveria ser corrigido nesse ponto ou se o hospital tem pretensões de abrigar também mulheres.[17] De qualquer forma, algo muito positivo foi identificado no decreto: a concepção de que o tratamento dos internos não se resume apenas a aspectos psiquiátricos e farmacológicos.[18]

Muitas outras questões poderiam ainda ser levantadas com relação à redação do decreto, mas isso se aparta dos objetivos deste trabalho. Essencial, no entanto, registrar a opinião dos funcionários que participaram da pesquisa: entre aqueles que se manifestaram expressamente sobre o Decreto, a maioria se manifestou insatisfeita, seja porque ele não refletiria a realidade do hospital, seja porque não teria tratado de todas as suas necessidades. Em outras palavras, não teria corretamente estabelecido, na visão desses indivíduos, no que consiste o hospital, nem no que ele deveria

16 Algo como: "O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico II de Franco da Rocha é um estabelecimento penal destinado à desinternação progressiva dos indivíduos submetidos à medida de segurança".

17 Essa intenção não foi percebida durante a pesquisa de campo.

18 Pelo menos é o que se pode deduzir do artigo 15, inciso VI, que, ao tratar das atribuições do diretor do HCTP II, elenca a promoção de "parcerias com a Sociedade Civil Organizada, com o intuito de melhorar as condições de tratamento bio-psicossocial e cultural dos pacientes/presos".

tornar-se, devendo por isso haver uma reestruturação do decreto. De nossa parte, frise-se que muitas determinações[19] do decreto não foram ainda cumpridas,[20] apesar de já terem decorridos sete anos desde sua feitura, tudo a tornar evidente que muitas arestas devem ser aparadas, em se tratando da correlação entre o conteúdo do decreto e a sistemática concreta do HCTP II.

De qualquer forma, retomemos a discussão a respeito da ausência de lei federal que discipline a desinternação progressiva.[21] Muito embora não haja previsão expressa da medida em nosso ordenamento, é forçoso reconhecer que ela se alinha aos ditames constitucionais, principalmente na medida em que procura respeitar a dignidade da pessoa humana, fundamento de nosso Estado Democrático e Social de Direito Material.[22] Teoricamente, portanto, não há entrave algum para a legitimidade da desinternação progressiva em nosso sistema jurídico. Tudo para dizer que não se trata de

19 Como, por exemplo, a instituição da chamada Equipe de Nutrição e Dietética (art. 3º, V, a; art. 4º, III, a e art. 7º, XXVIII) e a previsão de terapia ocupacional (art. 8º, XXIII). Cite-se também a criação das Comissões de Ética Médica, de Controle de Infecção Hospitalar e de Revisão de Prontuários (art. 3º, I a III), cuja composição e atribuição devem ser definidas pelo Conselho Regional de Medicina do estado de São Paulo, conforme o artigo 14 do decreto.

20 Segundo seu artigo 28: "A implantação da estrutura constante deste decreto será feita gradativamente, mediante resoluções do Secretário da Administração Penitenciária, de acordo com as disponibilidades orçamentárias e financeiras".

21 Essa ausência de regulamentação adequada, por meio de lei federal, não é percebida uniformemente por todos os funcionários. Com exceção de uma minoria, grande parte dos funcionários supõe que a desinternação progressiva tem previsão e regulamentação legal. Isso provavelmente ocorre porque, no imaginário do corpo funcional, basta para tanto a existência da portaria e do decreto instituidor do hospital. Não estamos com isso querendo dizer que a desinternação progressiva não se reveste de legalidade por ausência de previsão expressa no ordenamento, mas apenas registrando a compreensão dos funcionários no que toca a essa questão.

22 Essas relações foram analisadas no segundo capítulo, para o qual remetemos o leitor. Não é demais, no entanto, destacar o alinhamento da desinternação progressiva com relação à intervenção mínima, ao princípio da individualização das sanções penais e ao princípio da proporcionalidade, além da já citada dignidade humana.

estratégia ilegal, mas que se coaduna com nosso modelo de Estado e seu ordenamento jurídico.

Essa constatação, no entanto, não faz mais do que reconhecer legitimidade à experiência em curso no estado de São Paulo, assim como àquelas que lhe são assemelhadas. Não institui, no âmbito das medidas de segurança, a obrigação do Estado em fornecer essa estratégia político-criminal àqueles internos para os quais for adequada, em âmbito nacional. Claro que sua efetivação – desde que bem aplicada – em todos os estados brasileiros seria altamente recomendável, por todos os motivos já expostos neste trabalho.[23] No entanto, essa ainda não é uma obrigação exigível do Estado, justamente por falta de legislação a respeito. É nesse contexto que seria importante uma reforma legislativa que estabelecesse a desinternação progressiva como uma etapa possível a todo indivíduo submetido à medida de segurança no Brasil. Possível porque o juiz pode entender mais conveniente a aplicação direta do tratamento ambulatorial, sem submeter o indivíduo ao instituto da desinternação progressiva. Esta passaria a ser, portanto, uma alternativa, de existência obrigatória, dentro do sistema das medidas de segurança, mas que não necessariamente abrigaria todos os internos.

Com efeito, o Projeto de Lei nº 3.473, apresentado em 18 de agosto de 2000 e ainda não apreciado, tem esse intuito.[24] Se aprovado, o parágrafo 3º do artigo 97 do Código Penal passaria a ter a seguinte redação:

> O juiz, após perícia médica, poderá conceder ao paciente que apresentar melhora em seu tratamento, a desinternação progressiva, facultando-lhe saída temporária para visita à família ou participação em atividades que concorram para o seu retorno ao convívio social, com a indispensável supervisão da instituição em que estiver internado.

---

23 Como a positiva tendência de desospitalização do tratamento do doente mental.

24 O projeto de lei em tela pretende muitas outras alterações da parte geral do Código Penal, que não serão aqui analisadas por não terem relação com o objeto da pesquisa.

Como se vê, o projeto sob análise consagra o termo desinternação progressiva e tem sobre ela uma concepção um pouco restrita, pelo menos tendo em vista a experiência paulista. Como se verá mais adiante, as saídas dos internos não têm por único objetivo visitas aos familiares, mas também a satisfação das necessidades básicas desses internos, tais como a aquisição de víveres ou vestimentas. De qualquer forma, é inevitável a constatação de que, caso aprovado o citado parágrafo, a sistemática da desinternação progressiva não seria absolutamente idêntica em todos os HCTPs que passariam a aplicá-la. Ademais, o referido parágrafo apresenta outra imprecisão ao estabelecer como pressuposto da aplicação da desinternação progressiva apenas questões terapêuticas. Como se verá mais adiante, embora isso deva ser levado em conta, o juiz deve considerar a evolução comportamental do interno, apta a tornar possível sua efetiva ressocialização e a diminuir os riscos de lesão a bens jurídicos essenciais.

Outro dispositivo do projeto também trata da medida em tela, aspirando à seguinte redação ao parágrafo 4º do artigo 97: "observados os resultados positivos da desinternação progressiva e realizada a perícia, com a melhora do quadro clínico do internado, poderá o juiz autorizar a transferência para o tratamento ambulatorial, ouvido o Ministério Público". Comente-se a esse respeito que tal proposta, acertadamente, concebe a desinternação progressiva como uma etapa anterior ao tratamento ambulatorial. Ademais, note-se a concepção insuficiente de que a progressão do interno no seio da execução da medida de segurança depende apenas da evolução de seu tratamento, tendente à cessação da periculosidade,[25] pois não

25 Pertinente o registro da opinião de um dos entrevistados, afirmando que o mais comum, em se tratando de medida de segurança, não é a cura absoluta da doença mental e a cessação plena da periculosidade do indivíduo, mas sim um controle de ambas, levando-o a formular o interessante conceito de "periculosidade controlada". Segundo ele, quando atingido esse patamar, normalmente o interno pode retornar ao convívio social, devendo persistir o controle sobre esses fenômenos por meio da continuidade do tratamento e da medicação adequada, a serem fornecidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Com efeito, ainda de acordo com seu depoimento, poucos pacientes desinternados passam

foram contempladas as indicações relativas às mudanças comportamentais do interno.

Referido projeto intenta ainda algumas outras alterações na regulamentação das medidas de segurança, como a obrigatória semestralidade na realização das perícias médicas, que se apartam dos objetivos específicos da presente pesquisa.[26] Esta se debruça sobre a própria instituição da desinternação progressiva e o fornecimento de subsídios quiçá hábeis a contribuírem, ainda que timidamente, com a elaboração legislativa, como a caracterização do instituto paulista e a avaliação de sua eficácia na consecução das finalidades das medidas de segurança.

Características e dinâmica da desinternação progressiva

A desinternação progressiva consiste em uma forma diferenciada de executar-se a medida de segurança em sua espécie internação visando à efetiva reintegração social do interno. Sua estratégia principal reside no aumento progressivo do contato e da vivência do custodiado com o meio social e na diminuição, também progressiva, de sua dependência com relação ao hospital. No intuito de capacitar o interno para a vivência comunitária, são estimuladas atividades relacionadas à educação, ao trabalho e ao lazer. Ademais, como se verá, o tratamento dispensado na desinternação progressiva tem caráter interdisciplinar, já que congrega várias terapêuticas e intervenções distintas. Pode-se afirmar que o objetivo da referida medida é preparar adequadamente o interno para sua desinternação, de modo que ela seja planejada, paulatina e mais segura, tanto para a sociedade quanto para o próprio interno.

---

a apresentar saúde mental perfeita. Apesar de isso parecer uma constatação evidente àqueles que executam a desinternação progressiva, é importantíssimo registrá-la no âmbito das Ciências Criminais.

26 Se bem que algumas dessas questões já foram tratadas, como as relativas aos limites máximos e mínimos da medida.

Conforme Corocine (2006, p.213), o programa de desinternação progressiva

> [...] visa à reinserção psicossocial dos pacientes com ações terapêuticas interdisciplinares, de forma gradual, ampliando o espaço terapêutico para fora dos muros da instituição e envolvendo o meio familiar, a comunidade: a retomada do contexto sócio-histórico do paciente que foi perdido na sua institucionalização.

Como se pode ver, a desinternação progressiva objetiva recuperar e reconstruir as relações familiares e sociais dos internos, de modo que sua reintegração social seja alcançada. No mesmo sentido, é a opinião de Ferrari (2001a, p.130):

> Enquanto no internamento fechado o paciente adquire hábitos condutores ao hospitalismo, ao mimetismo, agravando a patologia, cronificando a doença, originando um estado de dependência contínua do ambiente hospitalar, intensificando o distanciamento do meio sociofamiliar, na desinternação progressiva visa-se a integração gradativa entre o paciente e o meio social, oferecendo-lhe formas terapêuticas alternativas, que variam desde saídas extra-institucionais para o trabalho, visitas familiares, passeios pela região, compras na cidade, até o recebimento de aposentadoria, sempre com o devido acompanhamento dos funcionários da instituição pública.

É importante salientar que a desinternação progressiva não consiste em via exclusiva para a saída definitiva do interno da execução da medida de segurança, pois os juízes não raro determinam a imposição de tratamento ambulatorial para indivíduos internados em outros hospitais do estado de São Paulo, a saber: HCTP Arnaldo Amado Ferreira e HCTP I. Contudo, o crescente recurso à desinternação progressiva como meio de reinserir o interno no convívio social se tem feito sentir, evidenciando a importância da medida.[27]

---

27 Segundo uma das pessoas entrevistadas, a maioria dos internos do estado de São Paulo passa pela desinternação progressiva antes de ser desinternada.

Seja como for, o indivíduo que ingressa no HCTP II para cumprir a medida de segurança nos moldes da desinternação progressiva certamente já passou por outro HCTP do estado, quando não pelos dois.[28] Conforme se pôde inferir das entrevistas e informações verbais concedidas, considera-se o hospital localizado em Taubaté destinado aos custodiados mais perigosos, tendo um regime bem mais rigoroso do que os outros hospitais. Assim, nos casos em que o indivíduo esteve internado nos demais hospitais antes de ingressar no HCTP II, o percurso mais comum traçado é: a internação se inicia no hospital localizado em Taubaté, posteriormente o interno é transferido para o HCTP I, para depois ingressar no HCTP II.[29] Considerando que o hospital de Taubaté é o mais rigoroso, e o HCTP II, o mais brando, no que toca à execução da medida, pode-se notar a construção de um viés tipicamente progressivo, não apenas na desinternação progressiva propriamente dita, mas considerando todo o sistema. Essa afirmação é confirmada por declaração[30] da própria Secretaria da Administração Penitenciária (São Paulo, on-line, destaque nosso), afirmando que as instalações do HCTP II

> [...] funcionam como Ala de Desinternação, uma espécie de regime semi-aberto para pessoas julgadas inimputáveis, que já cumpriram um determinado tempo da pena no HCTP I (regime fechado), também localizado no município, e que após um período de tratamento, expedição de laudos médicos, psicológicos e psiquiátricos foram considerados de *baixa periculosidade*, o que lhes deu o direito de *progredir de regime* e, consequentemente, serem enviados à unidade de desinternação, por determinação judicial.

---

28 Para um dos entrevistados, dever-se-ia analisar a hipótese de iniciar-se a execução diretamente na desinternação progressiva, eis que ela, em alguns casos, seria suficiente para alcançar a reabilitação do interno.

29 Essa trajetória foi constatada em diversos prontuários analisados.

30 Registre-se o absoluto equívoco da utilização da palavra "pena", em se tratando de clara aplicação de medida de segurança, a demonstrar que a distinção entre essas duas sanções penais parece não estar esclarecida para o Poder Executivo.

Como se vê, o interno só é removido para o HCTP II mediante ordem judicial, ou seja, apenas quando o juiz entenda possível e necessária a aplicação da desinternação progressiva.[31] Da mesma forma, o interno só é desinternado definitivamente ou removido para outro HCTP com autorização judicial. Caso o interno não se adapte à desinternação progressiva ou não apresente condições terapêuticas para nela continuar, normalmente é removido ao HCTP I. Isso acontece quando, por exemplo, não obedece a suas normas ou comete falta grave no interior do hospital, como agredir colegas e funcionários[32] ou inserir substâncias entorpecentes na unidade. Deve-se notar a semelhança dessa sistemática com o que ocorre nos regimes de cumprimento de pena privativa de liberdade, em que, ao mesmo tempo em que é possível e desejável a progressão, há também a existência da regressão para aqueles que cometerem faltas que a justifiquem.[33] Trata-se, portanto, de prática que permeia as relações dentro da desinternação progressiva, talvez indicando que só é faticamente possível a progressão se a via inversa também puder ser aplicada, a saber, a regressão.

Um dado a mais para confirmar essa aproximação da execução da medida de segurança ao cumprimento de pena é a nomenclatura não raro utilizada pelos juízes[34] nas decisões que ordenam a aplicação da desinternação progressiva, de que é exemplo o trecho que segue, datado de 2007:

---

31 Ademais, como se sabe, o juiz periodicamente avalia a ocorrência da cessação da periculosidade dos internos, a justificar sua desinternação (art. 97, § 2º, CP). Quando tal não ocorre, os internos denominam de "repique" a prorrogação da medida de segurança.

32 Desde que a agressão não decorra de um quadro de surto, obviamente.

33 A possibilidade de aplicação de penalidades disciplinares é prevista no Decreto no 46.046, como atribuição do diretor do HCTP II, dentro de sua competência regimental (art. 15, XIII). O artigo 27, inciso II, do mesmo decreto estabelece que o regimento interno do HCTP II deverá dispor sobre as espécies e os critérios de aplicação de penas disciplinares. Tal regimento, no entanto, ainda não foi elaborado.

34 A mesma utilizada pela Secretaria da Administração Penitenciária no trecho anteriormente transcrito.

> [...] o relatório psiquiátrico [...] concluiu que a periculosidade está presente, mas em razão do bom comportamento, respaldo familiar e as características da doença reúne atuais condições de ser transferido para o regime de Colônia de Desinternação Progressiva do HCTP II, onde, num local mais aberto, será melhor aferido seu grau de drogadição, iniciando paulatina reinserção social. [...] o representante do Ministério Público se manifestou às fls. 22, bem como a defesa, concordando o teor do r. laudo psiquiátrico. [...] dessa forma, confirmada que não houve cessação da periculosidade de *, razão pela qual prorrogo a medida de segurança de internação, anteriormente imposta, pelo prazo de um ano, contado a partir da data do término da última prorrogação, se o caso. Autorizo a remoção, apenas, para a Colônia de Desinternação Progressiva, sob exclusivo critério médico, devendo apresentar relatórios semestrais. Ressalto que nova avaliação poderá ser realizada, a qualquer tempo, desde que verificada a possibilidade de ocorrência da cessação da periculosidade [...] e que novo laudo deverá ser encaminhado a este Juízo, até um mês antes do término da presente prorrogação.

Como se vê, a desinternação progressiva é comumente compreendida como um regime da medida de segurança.[35] Na verdade, há uma concepção, tanto na instituição que a abriga, quanto no Poder Judiciário, que percebe a desinternação progressiva como o regime semiaberto[36] das medidas de segurança.

De qualquer forma, o indivíduo só é transferido para o HCTP II por meio de autorização judicial, como se pode perceber dessa decisão de 2006:

---

35 É comum encontrarem-se nos autos expressões tais como "regime de desinternação progressiva", "regime de progressão" e outras assemelhadas, assim como referências expressas dos outros hospitais como "regime fechado".

36 Isso foi repetidamente constatado na fala dos entrevistados e informantes. Já a internação nos outros HCTPs do estado representaria o regime fechado. A própria doutrina também usa essa nomenclatura: "[...] para a realização do parecer médico que opinará o juiz sobre a cessação da periculosidade, a continuidade da desinternação progressiva, ou mesmo sobre a regressão ao internamento exclusivamente fechado" (Ferrari, 2001a, p.130, destaques nossos).

> Ante o teor do laudo psiquiátrico, que constatou a permanência da periculosidade de *, qualificado nos autos, prorrogo a medida de segurança que lhe foi imposta (internação) por um ano, ficando autorizada sua transferência para o Hospital de Custódia II (Colônia de Desinternação Progressiva) como sugerido no referido laudo.

É o que constata também o seguinte excerto, de decisão judicial exarada em 2001:

> Examinando os autos, percebe-se que o reeducando [...], apresenta, ainda, periculosidade, mas pode ser colocado em Colônia de Desinternação Progressiva. Ante o exposto, prorrogo a medida de segurança, na modalidade de Desinternação Progressiva em Colônia do Hospital, por mais um ano, a *.

Finalmente, cite-se interessante decisão datada de 2005:

> O sentenciado foi avaliado por técnicos e o respectivo laudo constata ainda presente a periculosidade vinculante, apesar de já atenuada, razão pela qual determino a prorrogação da medida de segurança de internação a ele imposta, por mais um ano, contado a partir da data do término da última prorrogação, se o caso. (...) Autorizo a sugerida manutenção na "colônia de desinternação progressiva do hospital de custódia II", sob exclusivo critério médico, uma vez que tal situação foi admitida pela Corregedoria dos Presídios (Portaria DECRIM nº 09/2003), devendo ser apresentados relatórios semestrais sobre a evolução da medida.

Pois bem. Se o interno só ingressa ou deixa o HCTP II mediante ordem judicial, o mesmo não ocorre com relação às decisões tomadas no seio da desinternação progressiva. Assim, a decisão de proibir ou permitir as saídas dos internos não passa pelo crivo judicial. Considerada uma estratégia terapêutica e social, são os profissionais atuantes na desinternação progressiva que julgam a conveniência e a pertinência dessas saídas. A partir do momento em que foi

ordenada a aplicação da desinternação progressiva, sua sistemática será ministrada ao interno, com plena autonomia da unidade, que pode, inclusive, dependendo da resposta do interno ao tratamento, antecipar suas etapas ou retardá-las.[37] Dessa forma, assinam as autorizações de saída o psiquiatra do interno, o técnico do caso (como se verá posteriormente, o psicólogo ou o assistente social), o enfermeiro, o diretor de segurança e disciplina e o diretor da própria unidade. Há que haver concordância de todos esses profissionais quanto à necessidade da saída e quanto à suficiente preparação do interno para tanto. Frise-se também que, cada nova saída, é assim analisada, por mais que o interno já efetue saídas há um bom tempo.

Essa autonomia do hospital em definir quando e quais internos efetuarão saídas parece contar com a anuência do Poder Judiciário, já que nunca foi questionada essa sistemática. Embora ela seja considerada absolutamente natural pelo hospital e pelo próprio Judiciário, cabe refletir se isso realmente se coaduna com as regras da execução penal. Apesar de se tratar de um hospital – e esse é o argumento daqueles que defendem a sistemática aqui analisada –, trata-se de HCTP, que, por sua própria natureza, deve perseguir finalidades político-criminais. Está-se frente a estabelecimento ligado à execução penal, razão pela qual a análise terapêutica não é suficiente para formar o juízo a respeito das saídas dos internos: deve-se acrescer a ela uma análise jurídica e político-criminal, mais afeita ao Poder Judiciário e ao Ministério Público. Embora se perceba que os técnicos do hospital se esforcem para analisar adequadamente tais questões (por exemplo, se o interno tende a lesionar bens jurídicos durante as saídas), essa atividade não é propriamente deles, e sim do Poder Judiciário. Se é verdade que os profissionais fornecem subsídios fundamentais para essa análise, não podem esgotar essa questão sozinhos, até porque, segundo a Lei de Execução Penal, compete ao juiz da execução autorizar as saídas temporárias (art. 66,

37 Pode ocorrer inclusive que, não estando a instituição segura da aptidão do interno para iniciar o contato com o meio social, tendo em vista suas condições particulares, essas etapas não avancem.

IV). A rigor, a sistemática adotada pela desinternação progressiva e admitida pelo Poder Judiciário padece dessa irregularidade, pois este último deveria participar da decisão que autoriza as saídas dos internos pelas imediações ou por meio de Visitas Domiciliares Assistidas (VDAs). Mais do que isso: o Poder Judiciário é que deveria autorizá-las, ouvindo, para tanto, os profissionais que atualmente decidem essa questão sozinhos.

Deve-se reconhecer, no entanto, que a regularização dessa questão defrontar-se-ia com um grande embaraço: a estrutura morosa do Poder Judiciário. Isso porque as decisões no seio da desinternação progressiva devem ser tomadas rapidamente, tendo em vista as transformações da situação clínica do interno. Imagine-se pedir a autorização ao Judiciário para que um interno realize uma VDA essa semana, por apresentar boa evolução clínica e comportamental, e a resposta advir meses depois, ou semanas depois, em momento em que o interno pode apresentar situação absolutamente diversa daquela que motivou o pedido.[38] Uma realidade assim estruturada certamente obstaculizaria todo o programa de desinternação progressiva, sendo, portanto, inadmissível. Para que o Judiciário bem cumpra sua função, uma mudança estrutural seria essencial, para garantir que as decisões a respeito das autorizações fossem exaradas em tempo hábil. Ademais, para que o Judiciário tivesse condições de opinar autonomamente sobre cada caso concreto, deveria acompanhar mais de perto a execução da desinternação progressiva, sob pena de sua decisão converter-se em mero expediente burocrático, destituído de sentido material.

O distanciamento do Judiciário no que toca a essas questões tem trazido consequências também para a decisão de desinternação definitiva do interno, essa sim tendo sido objeto de sua deliberação. Muito embora se saiba que a opinião do perito não vincula o juiz, já que vige no processo brasileiro o princípio do livre convencimento, constatou-se que, na prática, a maioria das decisões segue

38 O agravamento dessa situação, inclusive, pode ter origem na demora em se obter uma resposta a respeito da própria autorização de saída.

automaticamente a sugestão dada pelo experto em Psiquiatria. Isso provavelmente deriva de duas razões: em primeiro lugar, o receio do juiz em decidir diferentemente e, posteriormente, ser responsabilizado por eventuais ações dos ex-internos; e o fato de os juízes não contarem com outros elementos aptos a auxiliá-los na formulação de seu convencimento, a não ser o próprio parecer de cessação de periculosidade. Com efeito, esse distanciamento em que é colocado o juiz brasileiro faz que seja obrigado a depositar no referido parecer toda a função que lhe seria própria, em um desvio de difícil legitimação.

Por isso é que sustentamos que deve haver uma aproximação do Poder Judiciário à desinternação progressiva, aproximação essa não meramente formal ou burocrática, mas sim uma aproximação qualificada, apta a aperfeiçoar a medida, no sentido de um efetivo acréscimo da atuação jurídica. Entre as medidas mais urgentes, o Judiciário deveria participar da autorização das saídas dos internos, com a ressalva de que ele é que deve se adequar à dinâmica da desinternação progressiva – ou seja, ao tempo necessário para a tomada de decisões –, e não o contrário. Essa tese certamente encontrará resistência, podendo até mesmo ser considerada uma involução da sistemática da desinternação progressiva, por "descaracterizar" a terapêutica dispensada pelo hospital. Ao contrário, do ponto de vista jurídico, essas medidas são essenciais para que a desinternação progressiva encontre sua essência no seio do sistema penitenciário. Ela integra, efetivamente, uma sanção penal, em cuja execução os conhecimentos médicos e psicológicos – e outros tantos – são essenciais para seu sucesso, não fazendo sentido o Judiciário ficar alijado das decisões tomadas em seu seio. Como argumento a reiterar a necessidade e a relevância dessa transformação, considere-se a ausência de lei que regulamente e detalhe a desinternação progressiva. Com efeito, o juiz poderia ter um protagonismo fundamental para a elaboração de regras da medida,[39] ele que é profundo conhecedor do

39 Em verdade, o Poder Judiciário paulista tem perdido uma oportunidade histórica.

ordenamento jurídico. Além de formular-se um regramento compatível com o ordenamento pátrio, ter-se-ia a consequência adicional de conferir um respaldo ainda maior ao HCTP II em sua prática.[40]

Seja como for, a duração da submissão do indivíduo à desinternação progressiva é variável, não sendo determinada previamente, já que segue a regulamentação das medidas de segurança. Averiguou-se, no entanto, o período médio de sua duração, quando o custodiado apresenta condições terapêuticas e sociais satisfatórias. Conforme foi-nos informado, se não ocorre nenhum incidente, a medida costuma durar de um a dois anos.[41] Deve-se lembrar, no entanto, que o interno da desinternação progressiva já permaneceu anteriormente em outros HCTPs, quando não em penitenciárias,[42] a elevar consideravelmente seu tempo de permanência no sistema penitenciário como um todo.

Quando desinternados, os indivíduos passam a morar com a família ou mesmo sozinhos, se sua condição sociofinanceira permitir. Também é muito frequente sua transferência para hospitais psiquiátricos comuns ou para residências terapêuticas, se não puderem contar com apoio familiar e tampouco forem autônomos. Ademais, normalmente continuam a sujeitar-se à medida de segurança, na modalidade tratamento ambulatorial, sendo raros os casos em que este é dispensado. Importante registrar que, além do tratamento ambulatorial, diversas obrigações são impostas ao indivíduo quando de sua desinternação, como condição para que esta se perpetue. Fala-se em desinternação condicional, ou mesmo apenas em "condicional", em analogia ao livramento condicional, mais um dado a confirmar a aproximação crescente entre medida de segurança e pena. Prova disso é a decisão judicial que segue, de 2004:

---

40 Respaldo maior do que é conferido pela Portaria 09/03.

41 Ressalte-se que essa informação não é fruto da análise de todos os casos em que foi aplicada a desinternação progressiva, mas sim é resultado das informações colhidas verbalmente *in loco*. Serve muito mais para dar uma noção do período de duração ideal da medida do que para retratar com exatidão o que ocorre.

42 No caso de superveniência de doença mental ao indivíduo preso, por exemplo.

> [...] na constatação de que quando embriagado o paciente torna-se extremamente agressivo [...] e na notícia de que todas as vezes em que deixou o hospital de custódia para visita domiciliar, retornou o sentenciado alcoolizado e bastante agressivo [...] Inviável, nesse contexto, eventual desinternação condicional ou mesmo conversão da internação em tratamento ambulatorial.

Em outro processo, pôde-se constatar o teor das condições impostas na desinternação condicional: a própria submissão ao tratamento ambulatorial, até a obtenção de alta médica; a demonstração da submissão ao tratamento ambulatorial; a comunicação mensal ao juízo das ocupações; a comprovação, no prazo de trinta dias, de exercício de ocupação lícita ou a justificação de sua impossibilidade; a impossibilidade de mudança de residência sem prévia autorização judicial; o comparecimento ao Juízo de Execução do local em que residirá, em 48 horas. Esclarece ainda a decisão que a transgressão a qualquer dessas condições pode acarretar a revogação do tratamento ambulatorial e sua conversão em internação. Com exceção das duas primeiras, essas condições são aquelas estabelecidas pelos artigos 132 e 134 da Lei de Execução Penal, que regulamentam o livramento condicional.[43] Com efeito, o artigo 178 da mesma lei estabelece que nas hipóteses de desinternação do indivíduo submetido à medida de segurança, deve-se proceder conforme os artigos 132 e 133. A novidade trazida pela decisão está na aplicação do artigo 134, que ordena que o indivíduo seja advertido sobre a obrigação de apresentar-se imediatamente às autoridades competentes. Seja como for, note-se a similitude de tratamento dado ao indivíduo preso e ao internado quando de sua liberação, a indicar a aproximação da medida de segurança à pena privativa de liberdade.

---

43 Respectivamente: art. 132, § 1º, *b*; art. 132, § 1º, *a*; art. 132, § 2º, *a*; e art. 134.

Imediações e Visitas Domiciliares Assistidas (VDAs)

Na desinternação progressiva, estimula-se um contato cada vez maior do interno com seu meio social e familiar, estreitando esses laços, ao passo que se vai diminuindo sua dependência com relação ao hospital. Para atingir esses objetivos, diversas estratégias foram formuladas e colocadas em prática. Em primeiro lugar, estão previstas as chamadas imediações acompanhadas, pelas quais o interno, acompanhado dos agentes de segurança penitenciária, pode conhecer a cidade de Franco da Rocha. Também há as imediações desacompanhadas,[44] pelas quais o interno, sem a companhia de nenhum agente, pode se dirigir à cidade de Franco da Rocha ou mesmo a outras cidades, desde que não muito distantes. Importante assinalar que as imediações, regra geral, podem durar no máximo três horas,[45] eis que se trata de um tempo reputado suficiente seja para conhecer o centro da cidade (imediações com acompanhamento), seja para realizar compras ou dirigir-se a determinadas instituições (imediações sem acompanhamento).

Finalmente, tem-se a VDA, instrumento pelo qual os custodiados podem ficar com suas famílias por um determinado período.[46] Normalmente, essas estratégias são aplicadas nessa exata ordem, isto é, primeiro o interno sai pelas imediações com acompanhamento, depois sai pelas imediações desacompanhado, e só então pode visitar sua família, fazendo uso da VDA. Na verdade, a praxe consiste em

---

44 Chamada também por alguns de permissões de saída.

45 Também nesse caso existe a possibilidade de a duração de a saída ser alargada, desde que haja justificativa convincente de sua necessidade, de modo que o interno não fique ocioso pelas ruas. Por exemplo, se três horas forem insuficientes para ir e voltar de uma determinada cidade relativamente próxima.

46 Como já dito anteriormente, o HCTP I mantém uma ala de progressão destinada a mulheres. Suas características básicas são semelhantes às do HCTP II, inclusive as denominações "imediações" e "VDAs", com a diferença de que o período máximo de permanência com a família é de 25 dias. As atividades principais desempenhadas pelas custodiadas são panificação e limpeza geral. A ala é composta de quartos com capacidade para até cinco internas, e sua capacidade total é de 25 vagas.

submeter o interno a no mínimo três imediações estando acompanhado, posteriormente a três imediações sem acompanhamento, para só então permitir as VDAs.

Ademais, ressalte-se que essas medidas não são aplicadas assim que o interno chega ao hospital. Normalmente, no primeiro mês o interno não realiza nenhuma saída, no segundo mês realiza imediações acompanhado, no terceiro mês faz imediações desacompanhado, para só depois realizar as chamadas VDAs. Nas primeiras saídas em VDA, o interno passa poucos dias com a família;[47] se não ocorre nenhuma intercorrência, e sua situação terapêutica permite, ele vai passando pouco a pouco mais dias com sua família, até atingir o limite máximo de vinte dias. Quando atinge esse patamar, passa a permanecer sete dias no hospital (mínimo) e vinte dias (máximo) em sua casa.[48] Em verdade, embora esse seja o modelo de progressão no HCTP II, é muito comum que a ordem de aplicação das estratégias seja invertida, ou mesmo que se omita alguma das fases, tendo em vista as necessidades terapêuticas e sociais do interno em concreto. Sendo assim, é possível que, dada a rápida evolução do interno, ele não precise fazer as seis imediações, por exemplo. Ou então, em razão da ausência de apoio familiar, apenas realize imediações.[49] O modelo desenhado serve muito mais de guia de orientação[50] do que consiste em um ritual a ser necessa-

47 Normalmente, a primeira VDA é feita com acompanhamento de agentes de segurança penitenciária e tem a duração de um dia.

48 Mesmo quando o interno atinge essa situação ideal, muitas vezes passa mais de sete dias no hospital por razões práticas, tais como falta de dinheiro e problemas familiares, que o impedem de voltar a sua casa imediatamente. Da mesma forma, nem sempre ficará vinte dias no seio familiar, seja por impedimento da própria família, seja por necessidades do hospital. Ademais, esses prazos podem ser modificados em razão de comportamentos inadequados do interno, tal como não ter ingerido a medicação corretamente na saída anterior.

49 Esses casos são os de progressão mais difíceis de serem viabilizadas.

50 Deve-se evitar uma compreensão matemática e linear da dinâmica da desinternação progressiva, pois isso não corresponderia aos fatos. Se bem entendemos seu funcionamento, é perfeitamente possível que um interno, já realizando VDAs em seu período máximo (vinte dias), saia nas imediações desacompanhado. Isso seria possível se, por exemplo, estando o interno no hospital,

riamente seguido: tudo depende da adequada abordagem que deve ser feita com cada interno.

Seguindo esse mesmo raciocínio da não absolutização das regras aqui esboçadas, eis que podem ser adaptadas a razões de ordem terapêutica ou prática, convém registrar que as imediações com acompanhamento são normalmente realizadas com um grupo de, no máximo, seis internos, em um veículo do hospital. Eles são acompanhados pelo motorista e dois agentes de segurança penitenciário, um alocado no banco da frente e outro acomodado no banco de trás. Dirigem-se até o centro de Franco da Rocha, ocasião em que o primeiro agente mostra e explica aos internos as principais ruas e avenidas, os estabelecimentos e as instituições da cidade,[51] assim como aponta os pontos de ônibus e estações de trem e explica seu funcionamento. Os custodiados não saem do veículo durante essa saída, o motorista apenas para[52], vez em quando, para que eles apreendam a localização.

A saída para imediações é uma medida essencial na desinternação progressiva, já que se pretende reinserir o interno socialmente. Considerando que a maioria dos internos do HCTP II é do interior de São Paulo, trata-se de um imperativo mostrar a eles a cidade em que se encontra o hospital, assim como lhes ensinar a irem visitar sua família por meio dos meios de transporte disponíveis na cidade. Ademais, como muitos deles ficaram internados anos a fio em outros hospitais, é muito conveniente essa primeira visita extramuros ser feita com acompanhamento, e de uma forma não demorada, para que entrem em contato com a realidade exterior paulatinamente. Quando forem realizar as imediações desacompanhados, saberão para onde se dirigir no sentido de satisfazer suas

---

necessitasse fazer algo urgente na cidade, atividade essa que não poderia aguardar a próxima VDA.

51 Por exemplo, delegacias, supermercados, bancos, prefeitura, previdência social etc. Conforme nos foi informado, não são apontados lugares que não serão utilizados – ou não devem sê-lo – pelos pacientes, tais como bares, creches etc.

52 A parada dura de dez a quinze minutos, em regra.

necessidades, tais como comprar mantimentos e roupas ou dirigir-se ao dentista.[53]

Com relação às VDAs, cumpre salientar que elas só se viabilizam se houver a anuência da família,[54] que inclusive se responsabiliza por cuidar do interno durante esse período. Ademais, no retorno do interno, a família deve informar ao hospital tudo que ocorreu durante essa fase, sejam avanços, sejam intercorrências. Assim é que o interno deve trazer um formulário preenchido e assinado por um familiar em que constam perguntas relevantes a respeito da observância do tratamento medicamentoso e de seu comportamento.[55] Essas informações são importantes na medida em que proporcionam ao hospital a formulação do juízo a respeito da evolução do tratamento do custodiado e de sua inserção social, colaborando, aliás, para a autorização ou a denegação da próxima VDA.

Além das VDAs, o contato dos internos com suas famílias pode ocorrer nas visitas que eles recebem aos finais de semana e feriados. Na verdade, todo e qualquer interno que se encontra no hospital pode receber visitas, inclusive aqueles que ainda não podem estabelecer contato com o meio externo.[56] No entanto, o número de pessoas que visitam os internos é bem pequeno, provavelmente em razão da distância entre o hospital e suas cidades de origem.

Atividades realizadas pelos internos

Os internos do HCTP II têm a sua disposição diversas atividades, sejam educativas, laborativas ou recreativas. São fomentados,

53 Algo comum, pelo que se pode inferir da fala dos entrevistados e informantes.

54 Em regra, se bem entendemos o programa, a família busca o interno.

55 Os assistentes sociais checam essa informação, pessoalmente ou por meio de ligação telefônica, com os familiares. Na verdade, a principal forma de comunicação nesse caso é a oral, sendo o formulário secundário. Ademais, pelo que se averiguou, a instituição do instrumento escrito é relativamente recente.

56 Quando os internos começam a fazer VDAs, a frequência das visitas tende a diminuir.

portanto, o trabalho, o lazer e a educação, como estratégias fundamentais para o tratamento e a reinserção social dos internos.

Trabalho

Os internos têm a possibilidade de trabalhar no interior do hospital. Nenhum deles trabalha fora, ao menos formalmente, eis que a sistemática das VDAs, ainda que, em seu momento ideal (vinte dias no meio social e sete dias[57] no hospital), impossibilita a continuidade em um emprego. Na desinternação progressiva não funciona, portanto, o regime de hospital-noite,[58] no qual os custodiados trabalham diuturnamente fora do hospital e a ele retornam à noite para repousar. Embora isso fosse absolutamente desejável, sua introdução é muito improvável, justamente porque as saídas dos internos são pautadas por necessidades e possibilidades terapêuticas. Não há como garantir a regularidade das saídas, a longo prazo, pois os internos necessitam ser acompanhados paulatinamente, sendo comum alguns retrocessos no tratamento que impossibilitam por um tempo as saídas. Sendo assim, o HCTP II não funciona como um hospital-noite, ao menos por enquanto.

Fato é que nenhum dos internos conta com registro em carteira de trabalho feito por instituições e empresas externas ao hospital. Por outro lado, é comum a consecução de trabalhos informais, principalmente nas próprias comunidades de onde vieram. À margem da crítica que se deve fazer ao trabalho meramente informal,

---

57 Ademais, como já dito, mesmo com relação àqueles internos que já alcançaram esse patamar, nem sempre há regularidade no número de dias autorizados em todas as saídas, mais um motivo a impossibilitar a consecução de um emprego formal extramuros.

58 *Data venia*, ao contrário do que insinua Ferrari (2001b, p.170-1). Na verdade, talvez o autor esteja se referindo a outro período histórico da desinternação progressiva, em que o hospital-noite pode ter sido introduzido. Ocorre que, atualmente, esse sistema não opera, e certamente teria dificuldades em se estabelecer. Confirmando a hipótese de que, anteriormente, quando alocada no HCTP I, a desinternação progressiva funcionava como hospital-noite, Cf. Adomaitis et al. (2000, p.13)

é extremamente positiva a manutenção do interno em serviços informais em sua comunidade de origem, porque isso certamente viabiliza seu retorno ao convívio social, ao passo que denota a acolhida que a comunidade dispensa a ele.[59]

Já dentro do hospital propriamente dito, há a possibilidade de trabalho, remunerado ou não. As atividades desenvolvidas basicamente são: serviços de manutenção, tais como pintura, alvenaria, conservação da parte elétrica e atividades assemelhadas; manutenção do jardim e do campo de futebol; capinação; e limpeza das dependências do hospital (pátio, pavilhão, parte administrativa, cozinha e refeitório). Estima-se que o número de custodiados envolvidos nessas atividades seja de cinquenta a sessenta,[60] com alta rotatividade. Atualmente, a Fundação Prof. Dr. Manoel Pedro Pimentel de Amparo ao Preso (Funap), ligada à Secretaria de Administração Penitenciária, emprega formalmente cerca de vinte internos,[61] remunerando-os com um salário-mínimo. Para dar oportunidade a um maior número de internos, há rotatividade entre os contratados. Note-se que todo o trabalho desenvolvido pelos custodiados relaciona-se às necessidades do próprio hospital, não havendo convênios com empresas que os contratem para realizar outros tipos de atividades laborativas, como ocorre em outros estabelecimentos penitenciários. É fundamental mudar essa realidade, proporcionando aos custodiados outras possibilidades e empregando um maior número de internos.

Entre os internos formalmente empregados, dois realizam o trabalho de entrega e de circulação de papéis e documentos na parte administrativa do hospital, entre os diversos setores e profissionais, recebendo por isso o nome de estafetas.[62] Obviamente, não se trata

---

59 É muito valiosa a postura da comunidade que passa a responsabilizar-se pelo interno.

60 Cerca de 30% dos custodiados, considerando que o número total de internos ronda a duzentos.

61 Dez por cento, portanto, do total de internos. Nem é preciso dizer que seria fundamental aumentar esse índice.

62 Seu trabalho assemelha-se a de um office-boy.

de documentos sigilosos ou de extrema relevância, mas sim daqueles que, se porventura forem lidos ou extraviados, não gerarão maiores problemas para a unidade.[63] O estafeta percorre os corredores da parte administrativa do hospital munido de sua pasta contendo a documentação a ser entregue e do caderno de protocolo, em que colhe a assinatura de cada destinatário visitado, por meio da qual é confirmado o recebimento da documentação. Finalmente, três outros internos contratados pela Funap têm por função zelar pelo Centro Cultural, que passamos a analisar, sempre com a supervisão de agentes de segurança penitenciária.

Educação e lazer

No HCTP II há o chamado Centro Cultural, em que é possível se desenvolver diversas atividades.[64]

> No mês de setembro de 2006, internos e funcionários se reuniram para transformar uma pequena casa situada a poucos metros da administração, no "Posto Cultural Encontro do Saber"; o lugar era usado, até então, apenas para guardar ferramentas. No local foram montados uma biblioteca, uma sala de aula e um ateliê de arte, onde se pode fazer trabalhos manuais e até pintar quadros [...]. (São Paulo, on-line, destaque do autor)

Destaque-se a biblioteca nele sediada, contando com cerca de oitocentos exemplares à disposição dos internos. O ritmo de leitura, entretanto, fica aquém do desejado. Espera-se que paulatinamente se crie uma cultura de leitura mais abrangente. Existe também uma videoteca, sendo facultado aos custodiados assistirem às fitas VHS

---

63 Como exemplo de documento carregado e entregue a seus destinatários pelos estafetas, cite-se a autorização de saída, que, como se verá, é assinada por diversos profissionais da unidade. O estafeta percorre sala por sala, colhendo a assinatura das autoridades responsáveis pela permissão da saída de um determinado interno.

64 Por exemplo, a realização de palestras e oficinas.

ou aos DVDs no interior dos pavilhões, consistindo, essa sim, em uma atividade muito procurada.

Desenvolve-se também na unidade o artesanato, contando principalmente com oficinas de pátina, bijuteria e confecção de caixas de madeira. Com relação a essas atividades, inicialmente a procura é maior, mas nem todos persistem no aprendizado. Interessante registrar que é urgente a presença de um terapeuta ocupacional[65] que tome a frente dessas atividades, aumentando-as e aprimorando-as, para que melhor atinjam seus objetivos. Especialmente em se tratando de doentes mentais, que, em razão da patologia, tiveram muitas de suas habilidades comprometidas, um profissional dessa área seria salutar para aumentar-lhes o rendimento.

Os esportes também se fazem presentes no HCTP II, sendo muito cultivados pelos internos, especialmente o futebol. Partidas de futebol são muito comuns, inclusive com a participação do corpo funcional da unidade. Também ocorrem partidas de voleibol e de pingue-pongue, assim como é muito frequente a participação no dominó[66] e no xadrez. Com relação a essa questão, notabilizou-se a necessidade de profissionais da área de Educação Física que direcionassem a prática do esporte não apenas com finalidade recreativa, mas também com objetivos educativos, entendidos como o ensino e a aprendizagem global dos esportes e de suas regras, assim como a apreensão de pressupostos essenciais a essas atividades, como disciplina e cuidados especiais com a saúde. Nem é preciso dizer que o desenvolvimento de tais habilidades se coaduna perfeitamente com os objetivos da desinternação progressiva.

Consideradas essenciais para o tratamento e reinserção social do custodiado no contexto da desinternação progressiva, as atividades recreativas extramuros também são fomentadas, como idas ao cinema ou a restaurantes supervisionadas pelos técnicos do hospital.

---

65 Necessidade essa patenteada por diversos entrevistados e informantes, chegando-nos a parecer a mais urgente do ponto de vista da própria instituição. Da mesma forma, aventou-se a necessidade de um pedagogo e de um diretor de educação, ausentes na unidade.

66 Segundo informações, o dominó é praticado diariamente.

Esse tipo de passeio é fundamental, porque auxilia o interno na retomada do contato com o meio social, ao mesmo tempo em que instrui e diverte, sem contar com a possibilidade de os técnicos observarem o comportamento dos internos no meio social. O difícil é viabilizá-las, eis que não são suficientes as verbas destinadas a esse tipo de atividade, absolutamente compatível com a sistemática da desinternação progressiva.

Seja como for, todas essas atividades elencadas são orientadas e supervisionadas por agentes de segurança penitenciária, evidenciando-se a urgência na contratação de outros profissionais especializados que os auxiliem nessa tarefa, fundamental para o êxito da desinternação progressiva, eis que detém um grande potencial terapêutico e de reinserção social.

Constatou-se também a existência de aulas ministradas[67] diariamente por uma professora contratada pela Funap, e seu trabalho se desenvolve principalmente com a alfabetização. É comum, no entanto, o ensino de conteúdos do ensino fundamental ou mesmo do ensino médio, seguindo as necessidades de cada interno. Deve-se registrar que diversos deles já conseguiram complementar seus estudos mediante avaliações comprovativas do aprendizado, que garantem a certificação de conclusão daquele nível de estudo. Observe-se também que nem todos os internos participam das aulas, mas somente aqueles que se interessam.[68]

Outras atividades são ainda desenvolvidas dentro do hospital por outras entidades, como as reuniões semanalmente ministradas pelos Alcoólicos Anônimos (AA) e pelos Narcóticos Anônimos (NA). Nem é preciso dizer que o trabalho desenvolvido por essas entidades é muito importante, pois muitos internos são dependentes de álcool ou de substâncias entorpecentes, que têm efeitos avassaladores em seu tratamento, já que diminuem o efeito do medicamento e pioram o quadro clínico da doença.[69]

---

67 As aulas acontecem no Posto Cultural.

68 Segundo estimativa feita por um entrevistado, cerca de um quinto dos internos, no máximo, participaria dessa iniciativa.

69 A adesão dos pacientes, no entanto, fica aquém do desejável.

Vale lembrar que, ao lado das possibilidades permanentes de lazer e educação, muitas outras atividades já foram desenvolvidas na unidade. Como exemplos relevantes, citem-se os cursos ministrados pelo Serviço Nacional de Aprendizagem Rural (Senar) na unidade, como os de olericultura, horticultura, fabricação de conservas vegetais, minhocultura, preservação do meio ambiente e piscicultura. Como consequência desse último curso, os funcionários[70] e os internos da unidade construíram um lago, aliando também os conhecimentos adquiridos no curso de preservação ambiental. O objetivo da construção do lago era continuar praticando os ensinamentos fornecidos no curso no que tange à criação de peixes, assim como também desenvolver com os internos a pesca. Essa fantástica iniciativa tem uma dúplice função: atuar terapeuticamente e propiciar a reinserção do interno no mercado de trabalho quando da desinternação.[71] No entanto, faz-se necessário observar que o lago não tem sido explorado adequadamente, por falta de funcionários suficientes para tanto, ocorrendo o mesmo com a horta constante na unidade.

Divisão dos internos nos pavilhões

O HCTP II conta com cinco pavilhões, unidos por um pátio comum.[72] Cada pavilhão tem, em média, capacidade para quarenta internos,[73] não havendo divisões internas em cada pavilhão, como celas ou quartos, com exceção do pavilhão E, que conta com algumas subdivisões em seu interior assemelhadas a quartos. Além disso, esse

70 Alguns funcionários também frequentaram o curso, que, vale dizer, conta com certificação de validade nacional.

71 Ainda mais considerando que a maioria reside no litoral ou em áreas rurais do estado, regiões em que a piscicultura é essencial.

72 Todos os pavilhões são fechados às 21h e reabertos às 7h.

73 Em 17 de janeiro de 2008, o pavilhão A abrigava 42 custodiados, e destes, 15 internos estavam em VDA; o pavilhão B encerrava 35 pacientes; o pavilhão C detinha 41 internos; o pavilhão D acolhia 40 indivíduos; e o pavilhão E abrigava 24 internos, estando 8 em VDA.

pavilhão não é imediatamente ligado ao pátio comum antes referido. Na verdade, o pavilhão é geograficamente deslocado dos restantes, por se destinar àqueles indivíduos que estão mais próximos da desinternação, marcando essa progressão também do ponto de vista da estrutura das acomodações e da menor vigilância.

Há critérios relativamente bem definidos para dividir os custodiados nos diferentes pavilhões.[74] Dessa forma, o pavilhão A é destinado àqueles internos que realizam VDAs, assim como o pavilhão E. Inicialmente, esse era o pavilhão que detinha essa destinação justamente por sua própria estrutura física diferenciada. No entanto, como o número de custodiados que realizam VDAs excede sua capacidade, foi necessário alocar outro pavilhão para acomodar a todos que estão nessa situação, no caso, o pavilhão A. Por sua vez, o pavilhão B abriga os indivíduos que não realizam nenhum tipo de saída[75] – nem imediações, tampouco VDAs – e que também não trabalham no hospital. A escolha desse pavilhão para abrigar os internos que estão nessa situação tem uma justificativa simples: situa-se bem próximo à sala do diretor de segurança e disciplina, possibilitando assim uma maior supervisão.[76] Já o pavilhão C é exclusivamente destinado àqueles que efetuam imediações ou que trabalham nas dependências do hospital. Finalmente, o pavilhão D foi designado para acolher os internos que têm outros tipos de doença,[77] que requerem constantes cuidados, ou mesmo aqueles cujo estágio da doença mental demanda uma maior atenção. Essa

---

74 Esses critérios não foram nem serão sempre os mesmos, eis que a desinternação progressiva é uma prática concreta, em constante transformação, que aproveita, aliás, de sua própria experiência para redefinir as regras e critérios que a norteiam, no sentido de seu aperfeiçoamento. Feitas essas observações, cumpre assinalar que a divisão dos internos nos pavilhões registrada neste trabalho parece ser relativamente recente.

75 Seja porque chegaram ao hospital há pouco tempo, seja porque não detêm condições terapêuticas ou familiares de realizar saídas.

76 Nem é preciso dizer que esses pacientes encontram-se em um nível incipiente da desinternação progressiva, além de serem os mais vigiados.

77 Exemplificativamente, aids, diabetes, doenças respiratórias, doenças cardíacas etc.

designação tem uma razão prática: o pavilhão D localiza-se proximamente à enfermaria.

Para a instituição, é essencial separar os internos que realizam imediações ou VDAs daqueles que nunca saem do hospital em razão do risco de os primeiros trazerem encomendas para os segundos, incluindo substâncias entorpecentes. Separar esses grupos, alocando cada um em pavilhões diferentes, dificulta a troca e a distribuição de objetos trazidos do meio exterior, já que esses internos se encontram basicamente apenas no pátio. Provoca suspeitas nos agentes de segurança penitenciária a atitude de um interno que, acabando de chegar de uma VDA, por exemplo, passa a frequentar o pavilhão B.[78] A princípio, não há problema algum nesse trânsito dos internos em outros pavilhões; no entanto, se isso ocorre logo após o retorno do interno ao hospital, a atenção dos agentes é aguçada e uma apurada averiguação se dá.

Finalmente, é importante frisar que o arranjo dos internos nos pavilhões transmuda-se constantemente, dependendo da mudança de sua situação particular. Por exemplo, quando um determinado interno não tinha contato com o meio externo, abrigava-se no pavilhão B. Posteriormente, quando começa a cumprir as imediações, passa a residir no pavilhão C. Se vier a efetuar VDAs, poderá ser alocado nos pavilhões A ou E. Da mesma forma, se em um dos contatos com o meio social não se comportou adequadamente, o que culminou na suspensão de suas saídas, retornará ao pavilhão B enquanto essa situação perdurar.

Cada pavilhão tem seus representantes, que fazem a interlocução entre a administração e os internos, transmitindo as ordens ou os comunicados. Interessante que esses representantes[79] não são nomeados pela instituição, mas sim se apresentam como tais, falando em nome dos demais colegas. O hospital só interfere nessa representação caso o interno abuse dela, aproveitando-se de sua posição para conseguir benefícios escusos. Caso contrário, a administração não

---

78 Da mesma forma, se os internos do pavilhão B passam a imiscuir-se nos outros pavilhões após a chegada de alguns internos do meio externo.

79 Obviamente, esses indivíduos têm um grau de consciência razoável, que permite o cumprimento dessa função.

questiona a representatividade desses indivíduos, ao contrário, utiliza-se dela para garantir uma boa e rápida comunicação com todos os internos.[80]

Equipes profissionais atuantes na desinternação progressiva

É pressuposto da desinternação progressiva a abordagem não só psiquiátrica e farmacológica, mas também de índole social e psicológica, de modo que se logre o tratamento da doença mental do interno, assim como seu adequado retorno ao convívio social. Isso só é possível por meio da atuação e da interação de diversos profissionais, que somam esforços para conseguir atingir tais objetivos. Nesse mister, sobressai a atuação da Psiquiatria, da Psicologia, do Serviço Social, da Enfermagem, da Assistência Jurídica e da Segurança Penitenciária.

De acordo com as informações colhidas, a unidade conta com 1 clínico e 7 psiquiatras,[81] 2 psicólogos, 4 assistentes sociais,[82] 1 advogado e 2 assistentes jurídicos,[83] 1 enfermeiro, cerca de 15 auxiliares de enfermagem[84] e cerca de 35 agentes de segurança penitenciária.[85]

---

80 Frise-se, no entanto, que os representantes não são o único veículo de comunicação utilizado pela unidade. É extremamente comum o contato direto com os pacientes, independentemente da intermediação do representante.

81 Já a Secretaria de Administração Penitenciária fala em oito médicos psiquiatras (São Paulo, on-line). A pequena discrepância talvez se deva a uma mudança no quadro funcional, ou à inclusão do médico clínico no número de psiquiatras.

82 A informação quanto ao número de psicólogos e assistentes sociais é confirmada pela própria Secretaria da Administração Penitenciária (ibidem).

83 Esclareça que o advogado trabalha para a Funap, e que os assistentes jurídicos são na verdade agentes de segurança penitenciária que têm formação jurídica, tendo sido por isso deslocados para essa função.

84 Os números coincidem com o informado pela Secretaria de Administração Penitenciária (ibidem), sendo que apenas treze trabalham efetivamente em sua função, haja vista o deslocamento de dois deles para atuarem na farmácia da unidade.

85 Sendo que muitos deles foram alocados para a realização de serviços administrativos.

Pelo volume de trabalho do HCTP II, certamente seria necessária uma ampliação do número desses profissionais,[86] o que foi reconhecido pelo próprio corpo funcional da instituição.

Expressão disso é o que tem ocorrido no seio da chamada diretoria multidisciplinar, integrada pelos psicólogos e pelos assistentes sociais do hospital. Muito embora cada custodiado devesse ter a assistência dos dois profissionais em tela, e essa seja a proposta da desinternação progressiva, não é isso que tem ocorrido no HCTP II. Em razão da falta de funcionários suficientes, apenas um deles – ou o psicólogo ou o assistente social – atua em cada caso concreto.[87] Na terminologia utilizada pelo hospital, cada interno tem seu "técnico", isto é, um profissional que integra a diretoria multidisciplinar. Evidentemente, essa sistemática impede a efetivação de um verdadeiro trabalho multidisciplinar, pois este sempre restará incompleto. Indo ainda mais adiante, poderíamos afirmar que a chamada diretoria multidisciplinar na verdade não proporciona um trabalho digno dessa qualificação, já que apenas um tipo de profissional atuará em cada caso específico. Na verdade, a equipe é multidisciplinar, eis que congrega psicólogos e assistentes sociais, mas o trabalho dispensado por ela a cada interno é unidisciplinar. Claro que tendo em conta os outros profissionais que atuam necessariamente nos casos concretos, como psiquiatras e enfermeiros, o tratamento dispensado aos internos será sempre multidisciplinar, mas sempre a custa de se deixar de lado o Serviço Social ou a Psicologia.

Assim é que a existência da diretoria multidisciplinar, nesse estado de coisas, serve apenas para trair o próprio ideal do trabalho interprofissional, ou seja, a concepção do trabalho multidisciplinar é fraudada pela própria iniciativa de garanti-la. Somando-se

---

86 Entre as graves consequências do diminuto quadro de funcionários, ressalte-se que o plantão médico atualmente não tem se dado de forma ininterrupta, apresentando lacunas, sobretudo no período noturno. Ademais, a maioria dos médicos é plantonista, inclusive os médicos que funcionam como peritos, situação que deve ser urgentemente regularizada.

87 Esse era o estado de coisas quando da realização da pesquisa de campo, sendo que essa informação foi confirmada por diversos entrevistados e informantes.

isso à ausência de outros profissionais, faltantes na desinternação progressiva, a atuação multidisciplinar fica efetivamente aquém do desejado, não só com relação ao trabalho realizado com o custodiado durante sua internação, mas também quando da análise da pertinência de sua desinternação definitiva. Com efeito, o papel desses profissionais na formação do juízo judicial sobre a desinternação do indivíduo é muito importante, devendo somar-se à perícia médica propriamente dita. Na atual conjuntura, entretanto, apenas um deles estaria apto a contribuir com o juiz da execução nesse mister, situação que só pode ser reparada aparelhando-se devidamente o hospital com um maior número de psicólogos e assistentes sociais.

A importância desses profissionais, inclusive, é reconhecida pela Lei de Execução Penal, com relação à execução da pena privativa de liberdade, quando estipula, em seu artigo 7º, que a Comissão Técnica de Classificação[88] será composta pelo diretor do estabelecimento prisional, e, no mímino, por dois chefes de serviço, por um psiquiatra, por um psicólogo e por um assistente social. Ainda que a Lei nº 10.792 tenha modificado a Lei de Execução Penal para retirar a exigência do parecer da referida comissão, assim como do exame criminológico, para fins de concessão de progressão do regime da pena privativa de liberdade, a atuação da referida comissão na desinternação progressiva poderia ter um papel importante, ou ao menos o estabelecimento da participação obrigatória de alguns dos profissionais que a compõem. Com efeito, se com relação à pena privativa de liberdade tem-se polemizado sua participação, na medida de segurança, e especificamente na desinternação progressiva, ela é altamente recomendável, principalmente com relação ao médico psiquiatra, ao psicólogo e ao assistente social. Se o psiquiatra se faz presente atualmente nas decisões de transferência para a desinternação progressiva ou de desinternação definitiva, o mesmo não se pode dizer com relação ao psicólogo e ao assistente social, devendo ser alvitrado um protagonismo maior desses profissionais nesses momentos.

---

88 Comissão destinada a viabilizar a individualização da execução penal.

O modelo de decisão judicial fundado apenas nas informações médicas, exaradas por meio das perícias, deve ser reformulado, de modo a exigir-se também a participação de outros profissionais importantes, a começar-se pelos assistentes sociais e pelos psicólogos. É dizer: estabelecer-se a obrigatoriedade não apenas das perícias médicas, mas também dos pareceres sociais e das avaliações psicológicas. Ademais, com relação à psiquiatria propriamente dita, outra modificação deve ser operada: a participação não só do médico perito no momento de avaliação da desinternação do interno, mas também do psiquiatra que o acompanha; eis que normalmente essas duas funções não recaem no mesmo médico. Em regra, o médico perito desenvolve apenas a atividade de realização das perícias, com a consequência de que o psiquiatra do interno não tem participado efetivamente da formulação do juízo a respeito da indicação da desinternação definitiva desse interno. Trata-se de importante questão a demandar transformações na execução das medidas de segurança.

Analisemos doravante a concretização do trabalho multidisciplinar no interior da desinternação progressiva.

As equipes profissionais que nela atuam, além do contato cotidiano e de outros encontros que se efetivam, comparecem basicamente a duas reuniões distintas. Primeiramente, há a chamada reunião multidisciplinar, ocasião em que diversos profissionais congregam-se com a finalidade de analisar a situação de determinados internos. Essa reunião é semanal, e dela normalmente participam um profissional de cada área, além do diretor do hospital, do diretor multidisciplinar e do diretor de segurança e disciplina. Assim, comparecem à reunião um psiquiatra, um psicólogo, um enfermeiro, um assistente social, um assistente judiciário e um agente de segurança penitenciária.[89] Em geral, analisam-se nessa reunião os casos clínicos

89 Pode ocorrer, por exemplo, que não haja um agente de segurança, já que está presente o diretor de segurança e disciplina, o mesmo ocorrendo com o diretor multidisciplinar, que será psicólogo ou assistente social. Ademais, nem sempre todos os profissionais estarão presentes, dependendo de sua disponibilidade e também da necessidade concreta de participação na reunião, que pode às vezes não ocorrer.

mais complexos, decidindo-se em conjunto[90] se os respectivos internos poderão ou não realizar saídas. Note-se o caráter interdisciplinar que essa sistemática confere à própria desinternação progressiva, na medida em que não é apenas o juízo psiquiátrico que contribui para a apreciação da situação de cada interno e sua possibilidade de evolução, mas há uma verdadeira conjunção dos aspectos psicológicos, sociais e médicos, além da importante análise de enfermeiros e agentes de segurança. Ressalte-se que a equipe da enfermaria e os agentes de segurança são os profissionais que mais contato têm com os internos; eis que os orientam e supervisionam diariamente. Dessa feita, observam continuamente o comportamento dos internos, conseguindo perceber rapidamente suas mudanças, quando elas ocorrem. Contribuem, portanto, ao contrário do que se possa pensar, de forma decisiva na avaliação do quadro do custodiado. Além da análise dos casos concretos mais intrincados, algumas outras questões importantes são examinadas na reunião multidisciplinar, como as problemáticas eventualmente enfrentadas pelo HCTP II na concretização do tratamento dos internos.[91] Ademais, pelo que pôde se averiguar, a análise das faltas cometidas pelos internos, dentro do hospital ou durante as saídas, também são feitas nessa reunião,[92] com seu respectivo encaminhamento. Sobre essa reunião, pronunciam-se Adomaitis et al. (2000, p.13):

> A Equipe Técnica da C.D.P. é composta por um médico, uma assistente social, uma psicóloga, um chefe de segurança penitenciária. Essa Equipe reúne-se semanalmente para discutir e deliberar sobre as condutas, analisar e estudar os casos dos pacientes e suas

---

90 As decisões a respeito de casos mais simples também são tomadas em conjunto, mas não no contexto da reunião multidisciplinar. A comunicação e a tomada de decisão são feitas por meio dos próprios prontuários dos internos, ou mesmo no contato cotidiano dos profissionais. De qualquer forma, como já asseverado, todos assinam as autorizações de saída.

91 Exemplificativamente cite-se a necessidade de obtenção de um determinado medicamento para um certo interno.

92 Só não se sabe se esse é o único espaço em que essa questão é avaliada.

> respectivas famílias, além de decidir sobre as visitas familiares que os pacientes podem estar fazendo aos finais de semana, os trabalhos que exercem e outras atividades necessárias aos objetivos que norteiam o tratamento.

Assinale-se, no entanto, que a reunião multidisciplinar, em regra, dá-se sempre em um mesmo dia da semana. Disso decorrem alguns obstáculos à consecução da interdisciplinariedade na análise dos casos concretos, eis que, muitas vezes, acabam participando da reunião apenas os profissionais que trabalham no hospital nesse dia. Explico. Cada profissional só pode emitir juízos sobre os casos que acompanha. Assim, ainda que haja representantes de todas as categorias profissionais, nem sempre estarão presentes os profissionais de todas as áreas que atuam efetivamente nos casos sob análise naquela reunião. Ou então, pode ocorrer que, se entre os casos debatidos na reunião nenhum é da atribuição de um determinado profissional que está na unidade, este não participe da reunião. Por mais sutis que possam parecer, essas questões acabam trazendo consequências negativas no que tange à prática da interdisciplinariedade.

Há ainda um segundo tipo de reunião que ocorre com frequência e continuidade: a reunião do corpo funcional[93] com os internos[94] da unidade. Também realizada semanalmente, no pátio do hospital, seu objetivo é possibilitar um momento para que os internos exponham seus problemas e suas necessidades, buscando o encaminhamento das soluções possíveis.[95] Também é o momento de oferecerem sugestões ou fazerem indagações, a fim de sanarem eventuais dúvidas a respeito da condução dos trabalhos no hospital. De plano já se diga

---

93 Costumam ir à reunião praticamente todos os profissionais que se encontram na unidade.

94 Geralmente, comparecem todos os pacientes que se encontram na unidade, ou seja, que não estão fazendo imediações ou VDAs.

95 Ferrari (2001a, p.130) noticia a existência dessas reuniões: "existindo contínuo contato com os técnicos e funcionários da administração, com reuniões semanais, nas quais todos em conjunto deliberam sobre as decisões relativas às normas de funcionamento da Colônia".

que se trata de iniciativa louvável, pois, literalmente, institucionaliza o direito dos internos de expressarem seus descontentamentos e pugnarem por soluções adequadas a suas contingências. Mais do que isso, estabelece o direito de falarem e de serem ouvidos, ao mesmo tempo que estabelece o dever da instituição[96] de conceder soluções ou explicações para a questão aventada.

Esse momento, destaque-se, não é exclusivo, de forma a não haver outro espaço para que tais questões sejam ventiladas. É certo que isso ocorre também no cotidiano dos internos, de maneira individualizada, mas o que deve ser notado é a importância de existir um momento formal e coletivo para o encaminhamento das questões, ainda que não raro discutam-se problemas individuais em tal oportunidade. Além do mais, a existência desse encontro institucionalizado reforça e naturaliza a necessidade de os funcionários atenderem aos pleitos dos internos no dia a dia da unidade. Claro que isso não necessariamente significa a satisfação do problema no sentido pleiteado pelo interno, mas certamente estabelece um convívio saudável entre estes e os funcionários do hospital, ao passo que se exercitam as regras da sociedade mais ampla.

Destaque-se também uma característica laudável do encontro em tela: sua pauta é ditada pelos próprios internos. Dessa feita, os temas são apresentados pelos internos e anotados pelos funcionários. Há duas possibilidades de encaminhamento: a solução ou a resposta para a questão advir na própria reunião,[97] ou então a réplica dar-se em outro momento, quando for possível. Conforme foi averiguado, sempre é dada uma resposta aos internos, ainda que ela consista na explicação do motivo pelo qual o problema não pode ser por ora solucionado.[98] Finalmente, no fim da reunião os funcionários transmitem

---

96 Obviamente, esses direitos e deveres existem, não necessitando ser estabelecidos. O que se quer dizer é que há seu reconhecimento por parte da instituição. E o que é mais importante: há sua prática.

97 Se a questão for simples ou se o profissional que cuida daquele interno estiver na reunião e a questão só puder ser por ele resolvida.

98 Conforme nos foi afirmado, sempre é tentada a solução concreta para os problemas aventados pelos internos, recorrendo-se a esse expediente somente quando

suas mensagens aos internos, tais como orientações, advertências ou mesmo comunicação de novas regras que serão aplicadas na unidade.

Análise da eficácia político-criminal da desinternação progressiva

Enquanto estratégia político-criminal no seio da medida de segurança, a desinternação progressiva deve obviamente perseguir suas finalidades, tendendo sempre para sua consecução. Na verdade, a efetiva realização das finalidades político-criminais da medida de segurança relaciona-se com a própria legitimação da desinternação progressiva. Como ficou manifesto no capítulo anterior,[99] a finalidade da medida de segurança no âmbito do Direito Penal é de índole preventivo-especial, em seus aspectos positivo e negativo. Com relação ao primeiro, que, aliás, deve ser a finalidade preponderante, a desinternação progressiva deve realizar o tratamento e a reintegração social dos internos a ela submetidos.[100] Com relação ao segundo, a desinternação progressiva deve ser eficaz na proteção da sociedade contra lesões de bens jurídicos penalmente relevantes.[101]

Na sequência, a partir dos dados empíricos coletados no HCTP II, assim como das informações e declarações prestadas pelos sujeitos da pesquisa, analisar-se-á a adequação da desinternação progressiva para atingir os objetivos mencionados, acrescendo-se a

---

tal não for realmente possível, ou ainda quando a solicitação do interno for incompatível com as normas de segurança e disciplina do hospital. Destaque-se também que, conforme as informações colhidas, o diretor da unidade cobra na semana seguinte o cumprimento das providências adequadas.

99 Especificamente no item "Finalidade político-criminal da medida de segurança enquanto obrigação estatal".

100 O tratamento deve ser realizado enquanto instrumento para a cessação ou para a diminuição da periculosidade do indivíduo, de modo a efetivar sua reintegração social.

101 Espera-se que o tratamento e a reinserção social do interno levem-no a não mais entrar em conflito com o ordenamento jurídico.

análise da adequação da medida para proteger a dignidade da pessoa humana, a que toda intervenção estatal deve tender.

Eficácia com relação à prevenção especial positiva

Como já visto anteriormente, a prevenção especial positiva nas medidas de segurança é sua finalidade primordial, abrangendo dois aspectos: o tratamento da doença mental do interno – de modo a reduzir-lhe a periculosidade – e sua reinserção social. Por isso é que a desinternação progressiva deve concretizar essas finalidades, para que seja reconhecida sua eficácia. Com efeito, a metodologia terapêutica da desinternação progressiva diferencia-se basicamente por duas razões. Em primeiro lugar, o tratamento é entendido de uma forma multidisciplinar; isto é, há um reconhecimento de que a intervenção médica e farmacológica, por si só, não consegue realizá-lo de maneira eficaz – são necessárias outras intervenções, tais como a psicológica e a social. Admite-se, portanto, institucionalmente, que a doença mental do interno não tem um caráter apenas biológico, mas compreende outros aspectos.

> Do ponto de vista de saúde, se o indivíduo portador de uma alteração mental não receber uma terapêutica condizente com suas reais necessidades, e isso implica a adoção de técnicas psico e sócio-terapêuticas, *o tratamento psicofarmacológico servirá, tão somente, para controlar o quadro psicopatológico, sem interferir no processo de reintegração sócio-familiar*. A adoção de tais técnicas tem sido o norte do Manicômio Judiciário Paulista, pois só assim a Instituição deixará de ter uma função custódio-assistencial, para exercer relevante papel no processo de ressocialização do paciente. (Adomaitis et al., 2000, p.16, destaque nosso)

Note-se que o adequado tratamento da doença mental do interno é percebido como um instrumento para lograr sua ressocialização, e não como finalidade autônoma. Com efeito, foi corrente na fala dos

entrevistados a afirmação de que a cura absoluta da doença ocorre muito raramente, havendo na verdade o controle da doença, o que permite o retorno do interno ao convívio social. Do ponto de vista político-criminal, essa abordagem é adequada, já que enxerga nas terapêuticas fornecidas ao interno um instrumento de sua ressocialização, não fazendo, ademais, a desinternação definitiva depender da cura da doença, mas sim da readaptação do interno para o exercício das relações sociais. Obviamente, não se está querendo dizer com isso que o tratamento possa ser descuidado; ao contrário, ele deve ser perseguido, mas na exata medida em que pode facilitar a inclusão do custodiado no meio social.

Outra diferença essencial que caracteriza a desinternação progressiva é a convicção de que a periculosidade do interno não se deve apenas a fatores endógenos, mas é vigorosamente influenciada pelo meio social em que o indivíduo estava inserido, e para o qual provavelmente voltará quando de sua desinternação. Essa concepção, além de ser inovadora, tem uma consequência importantíssima: para cessar a periculosidade do sujeito, são necessárias intervenções sobre ele e também sobre seu meio. Pouco adiantará intervir na doença e no comportamento do indivíduo se as características de seu ambiente social continuarem intocadas, conforme se pôde depreender da fala de um dos entrevistados. Com efeito, este afirmou que a desinternação progressiva abarca duas questões fundamentais, do ponto de vista da reinserção social: o trabalho com o próprio indivíduo internado, visando sua recolocação na sociedade, e o trabalho com a sociedade, objetivando prepará-la para o acolhimento do interno. O entrevistado esclareceu que a intervenção na sociedade como um todo pode parecer muito ampla – implicitamente parecendo querer dizer que de difícil operacionalização –, devendo-se trabalhar fundamentalmente com o microcosmo em que o interno será reinserido.

Para ilustrar a pertinência de sua asserção, o entrevistado cita o clássico exemplo da ancilostomíase, popularmente conhecida como amarelão: ainda que o doente seja curado da doença, se não forem mudadas as condições sanitárias do local em que vive, a recontaminação é certa. Para que a cura sobrevenha de forma

estável, é necessário intervir tanto no sujeito contaminado quanto na comunidade em que vive. Analogamente, o entrevistado afirmou que a doença mental também sente influência do aspecto social, seja em sua própria gênese, seja na não realização do tratamento tempestivamente. De forma que, se não se intervir na comunidade de origem do interno, maiores são as chances de ele voltar a praticar um ilícito-típico.[102] Para o entrevistado, a única forma de evitar que isso aconteça é ingerir-se no microcosmo social do interno, fazendo do Serviço Social uma das atividades mais importantes do hospital. Além disso, o entrevistado esclareceu que o pano de fundo para seu raciocínio é uma mudança na própria acepção da periculosidade, não mais concebida como exclusivamente endógena ao indivíduo; para ele, o interno é perigoso em determinadas situações e em certas condições, normalmente ligadas a sua história e a sua vivência social.

Com efeito, em um dos documentos disponibilizados pelo hospital[103] encontrou-se a afirmação de que a desinternação progressiva tenta controlar a ocorrência de comportamentos descritos como crimes "através do tratamento do indivíduo e da ação sobre o meio". No mesmo parecer, uma dura crítica ao conceito de periculosidade[104] é formulada:

> A Periculosidade Jurídica é um conceito anacrônico porque se apóia somente nas condições do indivíduo. Neste sentido se assemelha ao conceito Lombrosiano. Não considera as causas sociais e a responsabilidade social no caso da cessação da periculosidade e da

---

102 Em suas próprias palavras: "Ele vem de um lugar e de uma coisa que propiciou que ele bebesse, ou que ele ficasse [...]. Inclusive que a doença dele não fosse compreendida. E isso eu posso te provar que acontece. Eu tiro ele daqui e coloco ele no mesmo lugar. Que vai acontecer? Ele vai cometer outro crime. Aí ele vai voltar. Aí eu solto, ele vai voltar. Eu solto, ele vai voltar. [...] Vai pegar amarelão de novo que nem eu tava falando pra você, dez mil vezes vai pegar amarelão, se eu mando o cara pro mesmo lugar que ele veio, que foi o que levou ele a cometer um delito, ou o que levou ele a ficar doente inclusive".

103 Especificamente uma complementação de laudo de cessação de periculosidade.

104 Conceito que realmente merece ser repensado no âmbito das Ciências Criminais.

> reinserção do doente na comunidade. Age como fazia o positivismo ingênuo do início do século passado. A criação da Desinternação Progressiva colocou em relevo a importância do meio social no controle da periculosidade. Demonstrou que a periculosidade é fruto da interação do doente com o meio.

Essa abordagem coaduna-se com os pressupostos e com a dinâmica da desinternação progressiva. Ora, na execução tradicional da medida de segurança, a periculosidade é realmente considerada como uma característica tão somente do sujeito, que deve ser diminuída por meio do tratamento. Assim, pode-se verificar a cessação da periculosidade do indivíduo independentemente da avaliação de seu comportamento no meio social: atestada a cessação, o sujeito é desinternado definitivamente, para só então voltar ao meio social. Na desinternação progressiva, entende-se que não há como verificar a diminuição da periculosidade sem apreciar as atitudes do custodiado no ambiente social. Por isso é que primeiro se vai aumentando progressivamente o convívio sociofamiliar, para verificar efetivamente como tem se dado a interação do interno com o meio social, de que depende a periculosidade do primeiro. Somente após esse juízo é que se pode analisar se o custodiado tem condições de ser desinternado. Ademais, isso implica outra importante mudança metodológica: a reinserção do interno é buscada mediante a efetivação de sua própria ressocialização. Explico. Enquanto na internação tradicional a inclusão do interno em sociedade é construída – incoerentemente – por meio de seu absoluto isolamento do meio social, em que é muito mais provável que desaprenda as regras sociais do que as apreenda, na desinternação progressiva ocorre justamente o contrário: entende-se que a recolocação do sujeito em sociedade só é possível se for viabilizada paulatinamente. Mais do que isso, só se pode saber se o indivíduo está realmente apto para esse convívio por meio do processo proporcionado pela desinternação progressiva.

Nesse sentido é a fala de um entrevistado, afirmando que apenas a desinternação progressiva permite que o conceito de periculosidade seja revisto efetivamente. Isso porque, na execução

tradicional da medida de segurança, os critérios para aferi-la acabam sendo subjetivos, já que não há parâmetros seguros para traçar uma expectativa do comportamento social do interno. Na desinternação progressiva, ao contrário, os profissionais têm um contato cotidiano com as questões práticas relacionadas à reinserção social do interno, em razão de acompanharem e assistirem as relações deste com o meio social, passando a contar com parâmetros objetivos para analisar o comportamento futuro do interno. O entrevistado reputa essa conquista à realização de saídas pelo interno, aos relacionamentos travados por ele e ao que chama de liberdade com responsabilidade, que teria efeitos terapêuticos.

Com efeito, a construção de uma liberdade responsável, a ser exercida pelos internos, é parte essencial da abordagem própria da desinternação progressiva. Não se pode negar que isso potencializa a eficácia da medida, já que os internos compreendem que do exercício adequado de sua liberdade depende sua desinternação definitiva. Isso certamente fomenta a autonomia e a cidadania dos sujeitos custodiados, ao mesmo tempo que prolonga a fiscalização da unidade sobre seu comportamento,[105] diferentemente da desinternação tradicional, em que o vínculo se finda abruptamente.[106]

Para lograr a ressocialização do interno, o trabalho com sua comunidade de origem é uma das propostas mais interessantes e coerentes da desinternação progressiva, sobretudo por tentar preparar a própria família do custodiado para o momento da desinternação definitiva, fazendo que ela paulatinamente aceite e se responsabilize por esse seu familiar. Ademais, a família é considerada um dos componentes[107] mais importantes na estratégia de reintegração social

105 Em verdade, como são fiscalizados quando saem para o meio externo, é muito provável que a sensação de vigilância continue mesmo após a desinternação.

106 Ademais, para os internos, a forma de recolocação social proporcionada pela desinternação progressiva tende a ser muito mais apropriada, na medida em que não ficam desassistidos nesse processo.

107 Tanto que os casos de internos que não têm nenhum contato familiar ou cujas famílias não querem recebê-los de volta são reputados como os de maior dificuldade.

do interno, sendo muito comum a melhora da situação clínica deste quando é restabelecida a convivência familiar por meio da realização de VDAs. Com efeito, é papel crucial da desinternação progressiva avaliar e melhorar as condições concretas da família e da comunidade[108] em acolher o interno quando de sua desinternação. Nesse sentido, dois recursos são fundamentais, a saber: garantir a aproximação adequada da família ao indivíduo custodiado e fomentar a melhora na situação social da própria família e a concretização de seus direitos mediante a utilização dos serviços públicos da comunidade em que está inserida. Para que isso seja realmente alcançado pela desinternação progressiva, faz-se necessário uma aproximação dos assistentes sociais do hospital a essa realidade,[109] para que consigam efetivamente nela intervir, construindo as mudanças essenciais para a preparação do retorno do interno ao convívio social. No entanto, como a falta de recursos suficientes[110] é a imperfeição mais patente na desinternação progressiva, essa intervenção, fundamental para o êxito da medida, é exercida na prática de modo restrito.

Seja como for, é mister reconhecer que a desinternação progressiva é muito mais adequada para os familiares do indivíduo custodiado do que a forma tradicional de desinternação, eis que aqueles frequentemente têm temor do comportamento do interno, que, no passado, praticou um fato descrito como crime, muitas vezes dentro do próprio seio familiar. Essa lenta retomada do convívio entre eles serve para a família notar as mudanças de comportamento e a melhora clínica do interno, e, é claro, para testá-lo durante esse processo. Ademais, a desinternação progressiva torna possível a

---

108 Insistiu-se na ideia de que deve haver, com relação à comunidade, um juízo duplo: se o interno não oferece risco para ela – no sentido da lesão de bens jurídicos essenciais –, e se ela não representa riscos para o interno – compreendidos como o fomento à prática de ilícitos-típicos e o agravamento da anomalia psíquica.

109 Composta de inúmeras ações, tais como o contato frequente com as famílias dos casos mais complexos e o levantamento dos serviços públicos disponíveis na comunidade respectiva, com o devido encaminhamento.

110 Somado ao fato de que cada interno conta apenas com um técnico (psicólogo ou assistente social).

efetiva responsabilização da família, que passa a compreender sua importância para o tratamento e para a ressocialização do interno. Mais do que isso, não deixa esse exercício apenas para depois da desinternação definitiva, mas o põe em prática ainda na fluência da internação, com a existência de apoio profissional. Em outras palavras, a desinternação progressiva intenta concretizar, antes do desligamento definitivo do hospital, os fatores que serão essenciais para a estabilidade do indivíduo na vida social, promovendo a desinternação do sujeito de forma gradativa e assistida.

Nesse sentido, um dos depoimentos colhidos foi bastante expressivo, afirmando o entrevistado que o trabalho realizado na desinternação progressiva faz que se descubram com detalhes as condições sociais e familiares do custodiado, de modo a permitir uma intervenção pontual sobre elas, de forma que, quando o indivíduo é desinternado, tanto ele quanto sua família e sua comunidade estão diferentes. Segundo ele, as VDAs possibilitam a interação e a aproximação entre interno e sociedade, com a consequência de que o primeiro retoma as atividades comuns aos sujeitos daquela comunidade, tais como visitar seus moradores, frequentar determinada igreja, praticar esportes em suas quadras coletivas, ou mesmo trabalhar em seus estabelecimentos. Com efeito, o entrevistado afirma que muitos internos empregaram-se[111] durante a realização das VDAs, em estabelecimentos próximos a sua moradia, em razão da vontade da comunidade em auxiliar o indivíduo durante esse período. Como resultado desse processo, o entrevistado assinala que, quando da desinternação, o interno pode contar não só com o apoio de sua família, mas também da comunidade que o acolherá definitivamente.

Com relação ao trabalho com a família, o entrevistado assinala que a desinternação progressiva é mais adequada que a execução tradicional. Isso porque, na última, quando ocorre a desinternação do

---

111 Cita, concretamente, o caso de um paciente que começaria em breve a trabalhar em uma funilaria, e de alguns que trabalham em atividades agrícolas durante suas saídas.

interno a família o recebe definitivamente, muitas vezes após anos de ausência de contato entre eles. Na verdade, não raro a família não quer acolhê-lo, em razão do medo que sustenta perante ele ou simplesmente porque não quer por ele se responsabilizar. Já na desinternação progressiva, a retomada do contato do interno com sua família não se dá de forma súbita, de modo a acirrar os temores ou as rusgas existentes entre eles, e sim de forma lenta, possibilitando a efetiva retomada dos laços efetivos – que conduzem a família a querer se responsabilizar pelo interno. O entrevistado cita inúmeros casos em que no primeiro contato do hospital com a família esta se posiciona de modo desfavorável à retomada do contato com o interno,[112] revendo porém essa posição posteriormente. Narra que o hospital, nesses casos, propõe que a família apenas passe um dia com o interno, para verificar se há ou não possibilidade de retomada do contato.[113] Em caso positivo, a unidade propõe à família, paulatinamente, que o interno permaneça com ela mais e mais dias, deixando a família à vontade para escolher o momento de dar um passo à frente nesse processo. Conforme relatou o entrevistado, essa forma de abordagem permite a criação de uma oportunidade concreta e qualificada de retomada do contato familiar, fundamental para o interno. Finalmente, o entrevistado atesta que a principal estratégia da desinternação progressiva reside na inserção paulatina do interno em sua família e na comunidade, ao mesmo tempo que se intervém sobre elas, no sentido de prepará-las para o retorno do primeiro em seu convívio. Reconhece, porém, que a atuação do hospital no que toca ao trabalho com a comunidade nem sempre ocorre, sendo comum nesses casos que a própria comunidade gerencie a problemática trazida pelo custodiado.

Note-se que a tímida intervenção muitas vezes realizada pela desinternação progressiva na comunidade, reconhecida pelo entrevistado, denota situação que deve ser regularizada o mais

112 Provavelmente como se comportaria frente à desinternação definitiva de seu familiar nos moldes da execução tradicional.

113 Essa primeira visita permite à família verificar se as mudanças clínicas e comportamentais do interno tornam possível a reconstrução das relações familiares.

rapidamente possível para que a eficácia da medida seja maior. No entanto, também fica claro que apenas o contato efetivo entre o interno e a sociedade é, não raro, fator de modificação na própria interação. Tão somente o fato de proporcionar esse contato concreto do interno com sua comunidade de origem inaugura inúmeras possibilidades absolutamente convenientes do ponto de vista de sua ressocialização, situação certamente bem mais fecunda do que seu enclausuramento absoluto.[114]

Outra questão considerada fundamental pelos entrevistados para o êxito da desinternação progressiva é a continuidade do acompanhamento do custodiado após sua desinternação, sobretudo por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). Isso porque afirmam que para a periculosidade do indivíduo continuar controlada e para a estabilidade de seu convívio social restar garantida, comumente é essencial a não interrupção do tratamento.[115] Ou ainda, nos casos em que o interno não conta com sustentação familiar,[116] é necessário transferi-lo para um hospital psiquiátrico comum[117] ou para as residências terapêuticas, dependendo, portanto, o desligamento definitivo do sujeito do HCTP II, nesses casos, da existência concreta dessas outras unidades. Sendo assim, deve-se reconhecer que interferem na eficácia da medida muitas questões que lhe são exteriores, como foi sugerido em uma complementação de laudo de

---

114 Trata-se de mais um indício de que a metodologia da desinternação progressiva é bastante acertada.

115 Consistente, por exemplo, no acompanhamento médico, na administração correta dos medicamentos, que, para tanto, devem ser disponibilizados tempestivamente, na assistência conferida pelo Centro de Atenção Psicossocial (Caps), na continuidade do apoio prestado pela assistência social, e assim por diante.

116 Conforme informou um entrevistado, diversos custodiados passam a morar sozinhos, principalmente se contam com aposentadoria ou algum outro benefício previdenciário. Nesse caso, a equipe do hospital ordinariamente auxilia o interno na escolha da residência e na compra da mobília, efetivadas com dinheiro do próprio interno.

117 Registre-se que a concretização dessa possibilidade tem sido cada vez mais difícil, já que em razão da reforma psiquiátrica muitos hospitais não destinam seus leitos para internações definitivas, exatamente para impedir que se tornem instituições asilares.

cessação de periculosidade: "mantenho a opinião de que o interno* tem sua periculosidade controlada do ponto de vista médico e permanecerá assim se for atendido em um bom serviço de Saúde Mental e seguir com o apoio de seus familiares". Obviamente, essas condições não são as mesmas para todos os internos, mas a afirmação encontrada no laudo nos mostra a importância de fatores externos à desinternação progressiva.

Ratificando essa relação, um entrevistado afirmou que a eficácia da desinternação progressiva depende da realização de um trabalho conjunto, a envolver não apenas o hospital, mas também a família do interno e a própria sociedade. Relatou que, por diversas vezes, foi constatado que ex-internos voltaram a entrar em conflito com o ordenamento jurídico em razão da não continuidade do tratamento psiquiátrico, fruto da falta de medicamentos na unidade de saúde em que eram atendidos. O entrevistado afirmou que essa realidade não é um problema da desinternação progressiva propriamente dita, competindo sua solução ao SUS, ao Estado e à sociedade como um todo.

Para o entrevistado, portanto, parte da responsabilidade pela ineficiência da desinternação progressiva não é propriamente dela, mas da ausência de tratamento do interno quando este se encontra vivendo novamente em sociedade. Assinale-se apenas que, em sua fala, esse tratamento dispensado no meio externo é de responsabilidade do Estado, no que tem absoluta razão; ocorre que a desinternação progressiva, afinal, também é obrigação estatal, sendo certo que o Estado deve cumprir satisfatoriamente com todos esses encargos.

De qualquer forma, é essencial para a comprovação da eficácia político-criminal da desinternação progressiva, no que diz respeito à resinserção social do interno, que um considerável número de internos tenham efetivamente retornado ao convívio social. Para esse objetivo, de nada adiantaria uma reformulação na execução das medidas de segurança, nos moldes da desinternação progressiva, se não houvesse efetiva reintegração social dos internos. Nesse sentido, é importante a constatação de que 297 internos foram desinternados,

dentro de um universo de 591 indivíduos custodiados,[118] resultando, portanto, em um índice de 50,25% de sucesso.

Os funcionários entrevistados, salvo poucas exceções, insistiram na ideia de que a eficácia da desinternação progressiva só não é maior em razão da ausência de um "perfil"[119] adequado e homogêneo dos internos que são nela custodiados. Para eles, deveria ser estabelecido um perfil ideal dos indivíduos a serem submetidos à desinternação progressiva, e então esta abrigaria apenas as pessoas que se amoldassem a esse formato, com a imediata consequência de que os objetivos da medida seriam mais amplamente atendidos. Ocorre que não souberam descrever como seriam os contornos exatos desse perfil, até mesmo porque não se tem o levantamento preciso das características dos sujeitos atualmente custodiados. Com efeito, não há dados compilados que informem a classificação das doenças mentais dos internos, os tipos de fatos cometidos descritos como crimes, o tempo de submissão de cada um à desinternação progressiva, tampouco outras informações que descrevam as identidades dos internos já custodiados. A única coisa que se afirma convictamente – muito mais pela experiência cotidiana do que em razão de um levantamento propriamente dito – é que a maioria esmagadora dos internos provém das classes sociais mais baixas, sendo raros os indivíduos que fogem a essa regra. Mesmo sem ter desenhado com rigor o perfil dos sujeitos que são ou já foram abrigados na desinternação progressiva, os funcionários da unidade insistem na ideia da formulação de um perfil desses indivíduos, a ser obedecido quando de seu envio para a medida.

Embora não tenham nenhuma certeza a respeito da caracterização desse perfil, citaram-se[120] os seguintes atributos como seus possíveis definidores em um momento futuro: o interno possuir família, e essa família ter uma situação econômica razoável; no caso

---

118 Dados consultados em documentação disponibilizada pelo HCTP II e referentes ao período compreendido entre 2002 e 2007.

119 A convicção de que o estabelecimento desse perfil é uma das necessidades mais prementes do hospital ganha cada vez mais adeptos.

120 Reunindo a opinião de diversos funcionários.

de o interno não ter família, contar com alguma renda que possibilite sua sobrevivência quando da desinternação; desenvolvimento de um trabalho mais aprofundado, nos campos psicológico e social, nos hospitais por onde o interno passa anteriormente; situação processual regularizada, definida como a ausência de outros processos em andamento ou de mandados de prisão expedidos contra o interno.

Um dos argumentos mais contundentes na defesa da definição do perfil do interno da desinternação progressiva é o fato de que isso diminuiria a ocupação não produtiva de vagas no programa; isto é, a acolhida de indivíduos que não conseguem atingir a desinternação definitiva, ou não a atingem rapidamente, em razão de não estarem plenamente preparados para receberem-na. Como consequência, ao invés de a vaga ficar sendo ocupada por um indivíduo que não tem o perfil adequado, diversos outros internos dotados desses atributos preestabelecidos seriam efetivamente desinternados, aumentando consideravelmente a eficácia da medida.

A pretensão de definição do perfil do custodiado certamente é de difícil viabilização, pois o Poder Judiciário transfere para a desinternação progressiva aqueles indivíduos que entende aptos ou mesmo necessitados dela, não tendo por critério a conveniência do hospital, que teria mais facilidade em atender casos menos complexos.[121] Em verdade, a partir da Portaria 09/03 da Vara das Execuções Criminais de São Paulo, todo indivíduo submetido à internação tem direito a ser transferido à desinternação progressiva, desde que haja melhora em seu quadro clínico e, sobretudo, em seu comportamento social. Todo interno tem direito pelo menos à possibilidade de tentar ser reinserido socialmente de forma gradual e assistida: não pode ter essa possibilidade negada porque eventualmente não se enquadra no

121 Alguns funcionários compreendem que não faz parte da autonomia do hospital definir esse perfil e que precisariam convencer as outras instâncias da adequação disso. Outros entendem que basta o médico perito não sugerir a transferência do interno para a desinternação progressiva – tendo em mente a caracterização do perfil – para que este não seja removido. Nesse caso, há um desconhecimento do fato de que a opinião do perito não vincula a decisão do juiz.

"perfil" desejado pelo hospital. Não é o interno que deve se amoldar ao programa de desinternação progressiva, e sim o contrário: a medida é que deve procurar superar os desafios cotidianamente enfrentados. Claro que, após a frustação da tentativa de desinternação de um determinado interno, melhor é possibilitar que outro interno usufrua dessa alternativa, nada impedindo que o primeiro retorne, posteriormente, à unidade. O que não pode ocorrer, a nosso ver, é a decretação prévia da impossibilidade de o interno ser transferido para o hospital, estando em condições comportamentais de sê-lo,[122] sob a alegação de que não reúne determinadas características ideais, facilitadoras da ressocialização.

O que nos parece latente em todo esse discurso de justificação da necessidade de um perfil predeterminado dos internos é a tentativa de resolver os problemas relativos à falta de recursos suficientes destinados à desinternação progressiva. Isso porque se o quadro funcional da unidade estivesse completo e se houvesse dotação suficiente que garantisse, por exemplo, um adequado trabalho a ser desenvolvido com todas as famílias dos internos, certamente casos mais complexos seriam resolvidos pela unidade. Com efeito, avançar-se-ia não apenas com relação aos internos que se encontram sem evolução há um certo tempo na desinternação progressiva, como também seria possível nela abrigar situações de crescente dificuldade,[123] fazendo que o percentual de indivíduos efetivamente ressocializados por meio dela superasse os atuais 50,25%.

Em verdade, no contexto das obrigações político-criminais na medida de segurança, não pode o Estado pretender aumentar a eficácia da desinternação progressiva definindo um perfil ideal de seus destinatários, acolhendo então somente os que se adequarem a essa caracterização, de modo a induzir um aumento no número

---

122 Note-se que já há uma seleção prévia desses internos.

123 Até mesmo poder-se-ia pensar em custodiar sujeitos que hoje são considerados inaptos para a desinternação progressiva do ponto de vista médico e comportamental. Possibilidade que nos faz refletir sobre a seguinte questão: os internos considerados inadaptáveis socialmente o são realmente ou isso se dá em decorrência da falta de condições das instituições para atingir sua ressocialização?

de sujeitos ressocializados pela medida por meio da decretação da impossibilidade de reinserção social de muitos outros. Isso representaria, na verdade, uma diminuição da eficácia da desinternação progressiva, pois não se conseguiria atingir satisfatoriamente a prevenção especial positiva.[124] Ao contrário, o Estado deve aparelhar o HCTP II para que tenha condições de enfrentar e resolver os mais diferentes tipos de situações apresentadas pelos internos, seja tendo em vista a anomalia psíquica de que são portadores, seja considerando o ilícito-típico praticado por eles, ou mesmo considerando sua realidade sociofamiliar, aumentando concretamente as possibilidades da unidade no importante ofício de reinserir os internos socialmente.

Eficácia com relação à proteção da dignidade do interno

Entre as finalidades alcançadas pela desinternação progressiva, certamente destaca-se a proteção da dignidade humana dos internos a ela submetidos. Como já analisado, a dignidade da pessoa humana constitui-se em fundamento da República Federativa do Brasil, e toda e qualquer política pública deve efetivá-la, inclusive a aplicação das consequências jurídicas do delito. Da adequação da desinternação progressiva no fomento à dignidade dos internos já nos dá notícia Ferrari (2001a, p.129, destaque nosso), afirmando que é consentânea a esses objetivos a abertura diuturna dos pavilhões,[125]

> [...] permitido, a qualquer momento, o acesso ao refeitório, à sala de atividades de lazer e pátio. Para as refeições, liberavam-se os pratos, bem como os copos de vidros e os talheres de alumínio, havendo ainda geladeira, fogão industrial e comum, além de pias, mesas,

---

124 Tampouco a proteção à dignidade da pessoa humana, ao se proibir a possibilidade concreta de progressão.

125 Acresça-se a própria estrutura do local, que permite amplo contato com a natureza.

> bancos e armários para uso geral. Permitia-se assim, o contato com instrumentos cotidianos da vida sociofamiliar. Paralelamente a tais características internas, que conferiam *dignidade* ao doente mental, ampliaram-se os espaços de locomoção externa, permitindo que os pacientes-delinquentes andassem pelas imediações da Instituição.

Com efeito, essa situação respeita e enaltece a dignidade dos internos, sendo para tanto muito mais adequada que o enclausuramento típico da vida asilar, já que permite ao indivíduo a retomada de sua cidadania.[126] Todo o cotidiano dos internos, aliás, demonstra um considerável abrandamento do rigor da execução da medida de segurança encontrada em outros hospitais.

O mesmo raciocínio se pôde depreender da fala de um dos entrevistados, que, categoricamente, considera a desinternação progressiva adequada no que toca ao respeito à dignidade dos internos. Elenca, para comprovar sua assertiva, o fato de a desinternação progressiva possibilitar que os internos tenham contato com o meio social – inclusive podendo namorar, atividade considerada salutar pelo entrevistado –, além de poderem realizar compras de vestimentas e alimentos, não os obrigando a comer e a vestir apenas o que a instituição fornece. Ademais, afirma que a relação dos funcionários com os internos é a melhor possível,[127] sendo o tratamento nominal uma prática habitual. Também declarou a inexistência de qualquer cela no hospital, incluindo as celas surdas e as celas denominadas de "castigo". Elogiou o programa, que mesmo sem contar com celas, apresenta poucas intercorrências, se comparado a outros HCTPs. Admite, no entanto, que contribui para isso a existência de normas

---

126 A tentativa de resgate da cidadania do interno não é uma consequência acidental da desinternação progressiva, mas sim algo predeterminado: "Esse tipo de atuação técnica possui como pressuposto o respeito ao doente mental como cidadão" (Adomaitis et al., 2000, p.14).

127 O entrevistado explica essa relação pelo fato de a maioria dos funcionários da unidade terem ingressado diretamente no HCTP II, sem terem permanecido trabalhando em outros estabelecimentos prisionais, não adquirindo assim hábitos incompatíveis com o trabalho da unidade.

disciplinares na unidade, para cujo descumprimento pode ser aplicada uma "restrição" ao interno, ou então seu envio ao HCTP I.

Destaque-se na fala do entrevistado a referência ao tratamento nominal que os internos recebem por parte dos funcionários, obrigação que a Lei de Execução Penal instituiu, mas que se sabe de difícil aplicação no sistema penitenciário. Esse fator também contribui para o resgate da dignidade dos internos, indubitavelmente. Além do tratamento nominal, os internos recebem a denominação de "pacientes", e não de "presos". Há um acerto nessa postura ao pretender diferenciar o indivíduo submetido à medida de segurança daquele que cumpre pena privativa de liberdade, e isso contribui para o respeito à dignidade dos internos. No entanto, a palavra "paciente" não engloba toda a realidade da medida de segurança, considerando que eles não se encontram na unidade apenas para receber tratamento – há outras finalidades político-criminais em jogo, como a proteção da sociedade. Ainda assim, na mentalidade dos funcionários essa diferenciação é importante, porque os leva a admitir que existe uma distinção fundamental entre o cidadão preso e o custodiado, com implicações no que toca à reflexão de como devem então agir frente ao segundo.

Ademais, a possibilidade de contato do interno com o meio social por meio das imediações e das VDAs também concorre para o fomento de sua dignidade, já que contribui para a retomada dos contatos familiares e sociais do interno, essenciais para a vida humana, assim como para a recuperação das atividades corriqueiras de toda pessoa. Trata-se de auxílio essencial para que o interno passe a conduzir, paulatinamente, sua vida de forma autônoma e responsável, assim como lhe possibilita a reconstrução de sua própria identidade. Essa ordem de coisas, sem dúvida alguma, obedece ao preceito insculpido no artigo 1º, inciso III, da Constituição Federal.

Ressalte-se a convicção do entrevistado em afirmar a inexistência de qualquer tipo de cela destinada ao castigo dos internos, típica das instituições asilares. Trata-se de grande avanço no respeito aos direitos humanos dos internos, que merece aplauso. Por outro lado, o entrevistado assume a aplicação de restrições aos internos quando

estes se portam inadequadamente, em contraste às normas disciplinares da unidade, ou então o envio do interno ao HCTP I, situação essa que já comentamos como caracterizadora de uma verdadeira regressão. A restrição, pelo que se pode perceber, seria a diminuição do perímetro de locomoção do interno, que, apesar disso, pode suprir suas necessidades básicas autônoma e prontamente.[128] Sendo assim, em princípio a restrição não violenta a dignidade dos internos, desde que realmente seja a única punição existente para os comportamentos indesejados. A restrição, no entanto, revela-nos mais que isso: demonstra que a medida de segurança não é apenas tratamento, mas se inscreve na dinâmica típica do sistema penitenciário como um todo. O mesmo se diga com relação à regressão do interno ao HCTP I nos casos de infrações mais graves: a desinternação progressiva é realmente um regime mais brando das medidas de segurança, em que o interno só permanece se tiver mérito para tanto.[129] Em outras palavras, não basta a diminuição e o controle da doença mental do interno para que ele permaneça na desinternação progressiva, é necessário que ele atue conforme as regras da unidade e, em última medida, conforme as regras da sociedade como um todo.[130]

---

128 Como dormir em seu leito, comer, tomar banho etc. Segundo um dos entrevistados, quando aplicada a restrição o interno só pode permanecer no pavilhão e no pátio, ficando impedido de se dirigir até o campo e os arredores. Além disso, não pode fazer uso do telefone e, se houver alguma festividade, fica proibido de participar. Essa situação é certamente bem diversa do que ocorre nas celas surdas (celas com tratamento acústico para não se ouvirem os brados dos pacientes) ou nas denominadas de "castigos".

129 Trata-se do sistema meritório de recompensa e punição, ao qual podem se fazer muitas críticas, mas que afinal é característico da execução das consequências jurídicas do delito, a reafirmar a natureza penal das medidas de segurança e, consequentemente, da desinternação progressiva.

130 O envio do interno ao HCTP I nesses casos incomoda alguns funcionários, que afirmam que se deveria priorizar o tratamento do interno, e não aplicar punições, ainda que ele cometesse infração muito grave no hospital. Seja como for, isso prova que a desinternação progressiva é uma medida penal, e prova também que esses funcionários não têm adequada compreensão disso.

Um entrevistado, comentando o abrandamento da sistemática aplicada na desinternação progressiva, confirma a existência dessa regressão, assim como revela a clareza que os internos têm a respeito dessa possibilidade, afirmando que eles possuem certo temor de suas atitudes serem apreendidas como involutivas e redundarem em sua reinternação no HCTP I. Quanto às características que levariam a desinternação progressiva a ser mais branda, cita a existência de um campo de futebol, a possibilidade de contato com a natureza e a inexistência de celas isoladas ou destinadas a castigo.

Ao que parece, os internos percebem a existência da possibilidade de voltarem a ser custodiados no HCTP I. Por um lado, isso pode significar que as regras estão de certo modo claras; por outro, significa que os internos compreendem que estão sendo colocados à prova a todo instante e que de seu comportamento depende o retorno ao HCTP I[131] ou sua desinternação. A configuração da progressividade na medida de segurança realmente tem implicado a construção da regressividade em via oposta, similarmente ao que ocorre com as penas privativas de liberdade. Com efeito, em um relatório sobre a unidade encontrou-se o que segue:

> O HCTP II faz uma seleção dos pacientes quase que espontânea. Quando não é possível a reabilitação devolve o paciente para o hospital de origem. As causas de remoção dos pacientes são, em geral, as seguintes: Desordens do comportamento incompatíveis com a reinserção social [...]. Três pareceres negativos (causa relativa). Periculosidade impossível de ser tratada. Possibilidade remota de reabilitação ou recolocação social.

Outro entrevistado reflete sobre essa questão da regressão na medida de segurança e sobre a prática de infração pelos internos.

---

131 Conforme se verificou, 66 internos foram transferidos para outros HCTPs do estado, desde 2002: 61 deles para o HCTP I e 5 para o hospital localizado em Taubaté. A regra, portanto, é a remoção da desinternação progressiva para o HCTP I.

Indagado se não haveria uma regressão ao mesmo tempo em que há a progressão, respondeu positivamente, indo inclusive mais além; para ele, a existência da regressão confirma ainda mais a natureza progressiva do instituto sob análise. Declarou que a regressão só é feita após uma apuração preliminar do interno que, por exemplo, foi flagrado adentrando a unidade portando entorpecentes. Essa apuração, segundo ele, comportaria a oitiva do próprio interno, a oitiva de testemunhas, a investigação do fato e a remessa da questão ao juiz da execução. Ainda segundo ele, embora na execução da medida de segurança não haja previsão legal para a apuração da falta disciplinar, ela vem sendo feita por analogia à execução da pena privativa de liberdade, até como forma de efetivar a regressão – sem a qual, em sua opinião, não haveria progressão. Declarou que o objetivo dessa medida é aplicar realmente uma sanção ao interno que se portou de maneira inadequada, defendendo a existência dessa punição em razão da inexistência de outros meios hábeis para ensinar ao interno o equívoco de sua conduta. Asseverou também que, embora seja uma punição, trata-se de uma punição mais branda do que as aplicadas nos presídios comuns, consistente no envio do interno ao regime fechado da medida de segurança. Ademais, depois de certo período o interno é reavaliado, para se verificar se ele já reúne condições de voltar ao HCTP II.

Em primeiro lugar, o entrevistado é categórico em afirmar a existência da regressão no sistema paulista das medidas de segurança, asseverando inclusive que a existência da regressão só fortifica a progressão, demonstrando que ambas estão intimamente relacionadas.[132] Cita a realidade da falta disciplinar, afirmando que, embora não haja legislação específica no contexto das medidas de segurança, faz-se a apuração e tomam-se as providências em analogia ao que ocorre com a pena, com a finalidade de regredir o interno de regime. Isso demonstra claramente a penumbra em que a desinternação progressiva tem se efetivado, a reclamar um detalhado trato

132 Como se fossem as duas faces de uma mesma moeda, isto é, indissociáveis.

legal que supra essas necessidades.[133] Finalmente, destaque-se que, após a regressão do interno ao HCTP I, é possível que ele progrida novamente, se reunir as condições para tanto. De fato, progressão e regressão parecem ser uma via de mão dupla no sistema penitenciário paulista.

Embora não consigamos por ora vislumbrar uma alternativa ao reenvio do interno a outro HCTP, caso realmente seja indispensável a aplicação de uma reprimenda, necessário se faz problematizar essa punição aplicada ao interno. Isso porque, ainda que o entrevistado considere-a amena, já que consiste simplesmente no retorno do interno a outro HCTP, de regime fechado, fato é que, nesse outro hospital, não estarão presentes todas as características elogiáveis da desinternação progressiva do ponto de vista da proteção à dignidade do interno. Se o reenvio do interno a outro HCTP em si realmente é uma punição menos grave do que outras que poderiam ser aplicadas, deve-se pensar em suas consequências, eis que o cotidiano do interno transformar-se-á radicalmente – pense-se nas celas e na inexistência de contato com o meio externo e com a natureza.

Embora estejamos frente a uma execução penal, não se deve naturalizar a aplicação dessa punição aos internos, principalmente porque isso conduz a uma prática nada recomendável: a inexistência de reflexão sobre os fatores que levaram esse interno a praticar uma conduta indesejável, já que a própria desinternação progressiva pressupõe que a conduta do interno é fortemente influenciada pelo meio social em que está inserido. Meio social que, com relação a essa questão, abrange tanto a influência de sua comunidade quanto a do próprio hospital, que devem ser analisadas.

No caso específico do porte de entorpecentes, seria o caso de se pensar, por exemplo, na hipótese de inadequação da terapêutica de desintoxicação a que foi submetido o interno, que pode tê-lo levado

---

133 Frente à ausência de lei específica, cada vez mais a desinternação progressiva utiliza-se da analogia à pena privativa de liberdade, principalmente no intuito de se resguardar, de alguma forma, de eventuais futuras contestações. Mais apropriado seria certamente o estabelecimento de regras adequadas a sua própria realidade e condizentes com sua essência.

a praticar a conduta de tentar adentrar o hospital portando entorpecentes que lhe satisfizessem o vício durante o período de internação efetiva. Ou então, levando em conta a hipótese de o interno não ter trazido entorpecente para si próprio, mas para outros internos que ainda não realizam saídas, é muito provável que o móvel do interno consista na obtenção de dinheiro. Se assim fosse, poderíamos concluir que a remuneração obtida pelo interno por fontes lícitas não tem sido considerada por ele mesmo satisfatória, motivando a conduta indesejada sob análise. Refletir sobre essas questões para nelas intervir é fundamental para que não se aplique a técnica da regressão, ou então para que se a aplique comedidamente, de forma a tornar a desinternação progressiva mais consentânea à dignidade dos sujeitos a ela submetidos.

O depoimento de outro entrevistado também fornece elementos para que se compreenda em que nível a desinternação progressiva protege a dignidade dos internos a ela submetidos. O entrevistado atestou, sem qualquer hesitação, a inexistência de celas destinadas ao castigo dos internos (chamadas de celas "de seguro"), afirmando que nunca viu ou ouviu falar da existência dessas celas, reconhecendo que essa característica da desinternação progressiva é absolutamente positiva. Ainda que o entrevistado pondere que muito deve ainda ser feito para que os funcionários entendam que a desinternação progressiva compreende uma realidade de hospital, admite que os funcionários da unidade são diferentes dos funcionários dos demais estabelecimentos prisionais do estado. Segundo ele, os funcionários do HCTP II compreendem que estão lidando com uma desinternação, de modo que não são violentos com os internos, tentando resolver os problemas que surgem de modo amigável. Assinalou que também os internos, após certo período na unidade, percebem que se trata de um local diferenciado dentro do sistema penitenciário do estado, por não apresentar uma dinâmica de cadeia, característica até mesmo dos outros HCTPs. Finalmente, o entrevistado ressaltou a inexistência de tratamento massificado na unidade ou de utilização de punição química. Atestou que intervenções medicamentosas agressivas só são utilizadas em hipótese

de surto do interno, nunca por punição frente a uma determinada conduta. Afirmou que os medicamentos utilizados na unidade são de ponta, razão pela qual têm preço elevado, com a consequência de que têm menos efeitos colaterais que os tradicionais.

O depoimento em tela é rico em elementos que subsidiam a constatação de que a desinternação progressiva é efetivamente adequada para a consecução do respeito à dignidade da pessoa humana. A inexistência de cela de seguro, o adequado tratamento dispensado pelos funcionários, que não prezam pela violência, a qualidade e o adequado uso dos medicamentos psicotrópicos são fatores que demonstram a eficácia da medida para proteger referida dignidade, sobretudo a indicação de que não é corrente na unidade a utilização da contenção e punição químicas. No mesmo sentido, destaque-se a afirmação de que o HCTP II não tem uma dinâmica parecida a de uma penitenciária, como sói ocorrer em outros HCTPs, mas sim se assemelha muito mais a um hospital propriamente dito. Contudo, convém fazer uma observação: o entrevistado afirma que deve ser feito um trabalho mais intensivo para conscientizar os funcionários de que a unidade se trata tão somente de um hospital. Tal não corresponde à verdade dos fatos. Se é verdade que o HCTP II não consiste em uma penitenciária, não é verdade que seja uma instituição apenas de saúde. É concretamente um hospital, mas um hospital de custódia, a indicar que tem ligação com o sistema penitenciário e persegue determinadas finalidades que um hospital não está obrigado a buscar. Percebe-se, mais uma vez, que a identidade da medida de segurança não está bem resolvida na mentalidade dos funcionários que nela atuam, talvez por falta de preparo específico nesse sentido.

Finalmente, com relação à proteção da dignidade do interno, uma última questão deve ser enfrentada, embora não se relacione exclusivamente à desinternação progressiva, e sim à medida de segurança como um todo: a submissão coativa do interno ao tratamento. Enquanto na pena privativa de liberdade as estratégias que visam à reinserção e à reeducação do apenado podem apenas ser oferecidas a este, que fica livre para aceitá-las ou não, justamente em nome de

sua eminente dignidade, a proibir sua instrumentalização (Roxin, 1993), na medida de segurança nunca se questionou a possibilidade de submeter coativamente o interno às medidas terapêuticas que lhe são próprias, embora ele possa rejeitar as atividades voltadas a sua reinserção social.[134] Em verdade, a falta de autonomia do interno frente às práticas terapêuticas é mesmo pressuposta com relação à medida de segurança, fazendo dela a única sanção penal em que a intervenção coativa – de índole biológica e química inclusive – é permitida e recomendada. Prova disso, na desinternação progressiva propriamente dita, é a legitimidade que os agentes de segurança penitenciária e os auxiliares de enfermagem têm para fiscalizar o seguimento da terapia medicamentosa e a possibilidade de regredir o interno caso não a acolha.[135]

Essa ordem de coisas está amparada, certamente, no consenso cultural que existe ao redor da figura do portador de anomalia psíquica, considerado como incapaz de decidir, em razão da doença mental ter-lhe afetado a consciência e o livre-arbítrio. Como se reputa aos medicamentos justamente a função de recobrar-lhe esses atributos, sua ingestão forçada é amplamente legitimada. Ademais, na maioria dos casos, juridicamente esses indivíduos necessitam de representação, não tendo validade alguma seu consentimento.[136] Imaginando-se então a hipótese de os responsáveis legais[137] pelo interno precisarem consentir no tratamento a ser dispensado pelo HCTP II, ter-se-ia uma situação curiosa:

---

134 No seio da desinternação progressiva o interno pode se recusar a realizar atividades pedagógicas, esportivas ou artesanais, e até mesmo a realização de imediações e de VDAs passa por sua concordância.

135 Com efeito, esses funcionários fiscalizam a efetiva ingestão do medicamento pelos internos por meio da observação de seu comportamento seja no momento posterior à entrega do remédio, seja nos dias que se seguem, no caso de haver piora brusca do quadro clínico do interno, a indicar que a medicação não está sendo consumida.

136 Note-se como a reconstrução da identidade e da dignidade dos doentes mentais assenta-se em questões muito mais amplas.

137 No entanto, aqui também haveria uma afronta à dignidade do interno, já que, de qualquer forma, não é ele que decide sobre seu tratamento.

o Estado, tendo a obrigação de reagir eficazmente frente ao ato do inimputável, ficaria à mercê da concordância dos responsáveis pelo interno, tornando ilegítima qualquer ação autônoma sua. Resolver essa questão, de modo a respeitar a dignidade da pessoa humana dos sujeitos submetidos à medida de segurança ao mesmo tempo que se concretizem as demais obrigações estatais, é tarefa tão necessária quanto árdua.

Devemos, no entanto, reconhecer que a submissão coativa ao tratamento não é característica exclusiva da medida de segurança, mas é originária dos próprios tratamentos psiquiátricos comuns, pródigos em legitimá-la, admitindo – como é notório – até mesmo o uso da força para garantir a intervenção química.[138] Trata-se, é verdade, de prática tradicional e intrínseca ao tratamento psiquiátrico comum,[139] no entanto, já é hora de começar a questionar a necessidade de a medida de segurança, sanção jurídica que é, seguir essa orientação automaticamente, sem maiores reflexões, considerando que é também sua obrigação político-criminal respeitar e fomentar a dignidade do interno. Mais do que isso, uma mudança[140] no sentido de não acatar irreflexivamente as tradições médicas no seio da medida de segurança – e da desinternação progressiva –, mas submetê-las a um juízo político-criminal e, portanto, jurídico, seria mais coerente à natureza da medida, já que tem prevalecido o aspecto terapêutico, inclusive na desinternação progressiva.

Eficácia com relação à prevenção especial negativa

Enquanto a prevenção especial positiva é a finalidade primeira da medida de segurança, e, por consequência, da desinternação progressiva, a prevenção especial negativa é finalidade secundária,

---

138 Quando a força é requerida, é frequente o uso de medicação intravenosa para anular a possibilidade de evasiva a seu acolhimento.

139 Que nem por isso deixa de ser controvertida.

140 Isso depende, bem verdade, de um aprofundamento desse debate no âmbito das Ciências Criminais.

destinada a viabilizar a primeira. Consistindo na proteção da sociedade[141] contra novas lesões de bens jurídicos efetuadas por meio da prática de ilícitos-típicos pelos inimputáveis, a prevenção especial negativa deve ser buscada em dois momentos, a saber: durante a própria execução das medidas de segurança (estando o interno no hospital efetivamente, em imediações ou realizando VDAs) e após a ocorrência da desinternação.

Obviamente, a possibilidade de atuação social do interno estando ainda sujeito à medida aumenta o risco de ocorrerem lesões a bens jurídicos[142] nesse período; porém isso se justifica pela própria necessidade de testar o interno e de melhor prepará-lo para a retomada do convívio social, eis que se espera, que com essa forma de desinternação paulatina, o risco de afrontamento posterior com o ordenamento jurídico seja menor. Isso porque a lenta e crescente retomada da vida em sociedade é muito mais adequada para esse fim do que a desinternação tradicional, em que em um dia o interno se encontra enclausurado em uma cela, sem qualquer contato com o meio externo,[143] e no dia posterior, quando advém a desinternação, ele encontra-se nas ruas, sem ter mais contato com a instituição e muitas vezes sem nem saber onde se encontra sua família.

A fala de um entrevistado descreve bem essa situação trazida pela desinternação tradicional, relacionando-a inclusive à prática

141 Essa finalidade político-criminal não é percebida homogeneamente pelo HCTP II. Alguns funcionários acreditam ser função da unidade tratar o interno e proteger a sociedade; outros creem que, em se tratando de um hospital, apenas o tratamento deve ser buscado. Entre os documentos analisados na pesquisa de campo, encontrou-se importante registro da primeira visão: "Os programas [...] que seguem vigentes em nosso Estado, e que pretendem tratar do problema dos doentes mentais que cometem delitos, guardam ainda características medievais e são menos resolutivos que o nosso tanto na proteção da sociedade como na proteção e respeito ao enfermo mental e seus direitos".

142 Risco bem maior do que se ele se encontrasse recluso em uma cela, sem possibilidade de contato com o meio externo, situação em que haveria possibilidade, ainda assim, de lesionar bens jurídicos, tais como a integridade física dos funcionários.

143 De forma a desconhecer as mudanças sociais e até mesmo os avanços tecnológicos.

de novos fatos contrários à ordem jurídica. Com efeito, afirma que um dos motivos que levou à criação da desinternação progressiva foi o fato de que os egressos da execução tradicional da medida de segurança voltavam com muita frequência a praticar ilícitos-típicos. Relata que na execução tradicional a ordem judicial que põe termo à internação deve ser imediatamente cumprida ainda que não se tenha encontrado algum familiar do interno, ou ainda que ele não conte com família. Em outras palavras: seja qual for a situação social do interno, a internação deve findar sem nenhum planejamento. O entrevistado demonstrou não aprovar esse processo de desinternação, pois considera que, frente aos longos anos em que a pessoa esteve internada, sem qualquer contato com o meio externo e sem acompanhar suas transformações, a ligação com a instituição não pode acabar repentinamente.

Note-se que não há uma preparação apropriada do interno para sua recolocação social,[144] situação que certamente gera insegurança para ele e para a sociedade, aumentando as chances de que esse indivíduo entre novamente em confronto com o ordenamento jurídico. A desinternação progressiva, por outro lado, "visa beneficiar [...] a sociedade que recebe em seu meio indivíduos melhor preparados para enfrentar e adequar-se à complexa realidade social" (Adomaitis et al., 2000, p.14). Nesse sentido, deve-se reconhecer que a adequada ressocialização do interno (aspecto preventivo especial positivo) faz com que a probabilidade de consecução da finalidade de proteção da sociedade (aspecto preventivo especial negativo) seja também acrescida.

Ademais, em diversos documentos e na fala dos entrevistados, é corrente a afirmação de que a desinternação progressiva se presta à avaliação do interno[145] no meio social, até como forma de averiguar

144 Questões básicas normalmente não são resolvidas na desinternação tradicional, gerando uma série de obstáculos para os ex-internos, tais como a enorme dificuldade de encontrar sua família e de dirigir-se até ela.

145 Interno esse que está em condições de ser submetido a esse teste em função da evolução de seu tratamento e de seu comportamento.

seu nível de periculosidade.[146] Antes de desinternar o sujeito definitivamente, este é colocado à prova: se se demonstrar inapto para as relações sociais mais amplas, sua desinternação definitiva não se dá. Essa sistemática contribui de maneira muito mais considerável para a proteção da sociedade do que o modo tradicional, que retira definitivamente o indivíduo do hospital para só então verificar como se dão suas relações em sociedade, fazendo a desinternação progressiva ser potencialmente mais eficaz na proteção dos bens jurídicos essenciais à sociedade.

No entanto, como pode se inferir de um dos trechos das entrevistas anteriormente citadas, há uma seleção prévia dos indivíduos que se submeterão à desinternação progressiva dentre todos aqueles que se encontram custodiados em HCTPs paulistas. O critério para se submeter à desinternação progressiva não é objetivo, tal como, por exemplo, o cumprimento da medida de segurança em sua forma de execução tradicional por um determinado número de anos. O que é levado em conta é a possibilidade considerável de reinserção do indivíduo, que leva o juiz da execução a entender que o risco de lesões a bens jurídicos é diminuto, normalmente em decorrência da evolução do tratamento terapêutico. Interessante registrar que a gravidade do fato desencadeador da medida de segurança imposta também desempenha um papel importante na conformação desse juízo. Aliás, também para a concessão da desinternação definitiva do interno esse fato tem relevância: pelo que se pode depreender da fala de alguns entrevistados e da leitura de algumas decisões judiciais, muitas vezes o juiz avalia o interno por um período maior na desinternação progressiva em razão da gravidade do ilícito-típico anteriormente cometido.

---

146 Exemplo disso é a indicação feita pelo perito, em laudo de verificação de cessação de periculosidade, de transferência do interno para "o regime de Desinternação Progressiva, onde seu comportamento em meio mais amplo será melhor avaliado". No mesmo sentido, Adomaitis et al. (2000, p.11) afirmam que a desinternação progressiva possibilita a observação e conhecimento do interno atuando no meio social mais amplo.

De qualquer forma, essa cuidadosa escolha dos custodiados que compõem a desinternação progressiva certamente é uma das responsáveis pelas conquistas efetivadas pelo programa. Se todo indivíduo submetido à medida de segurança estivesse internado nos moldes da desinternação progressiva, a realidade provavelmente seria bem diferente.[147] Deve-se reconhecer contudo que essa eleição dos indivíduos que estariam aptos a ser efetivamente desinternados, melhor dizendo, a escolha das pessoas que teriam chances de ser ressocializadas em um determinado momento sem dúvida contribui para a efetiva proteção da sociedade contra os atos lesivos dos internos.

Faça-se, no entanto, uma importante ressalva: a prevenção especial negativa não é finalidade autônoma da medida de segurança, a não ser excepcionalmente. Dessa forma, não se pode priorizar a proteção social em detrimento da ressocialização do interno,[148] a não ser naqueles casos em que os bens jurídicos que o interno lesionaria sejam mais valiosos do que aqueles atingidos pela internação. Isso quer dizer que o que essa seleção dos internos aptos a serem transferidos para a desinternação progressiva pode fazer, regra geral, é escolher o momento pertinente para a tentativa de construção da desinternação do indivíduo. Não se pode decretar a impossibilidade de ressocialização do sujeito pura e simplesmente, já que essa é a finalidade primeira da medida de segurança, a ser buscada obstinadamente.

De qualquer forma, para analisar a eficácia da desinternação progressiva no que toca à finalidade político-criminal de proteção social, é imprescindível o exame concreto do comportamento dos

---

147 Isso nos leva a reconhecer que a desinternação progressiva não é uma "alternativa" para a obrigação político-criminal do Estado no âmbito das medidas de segurança, mas uma possibilidade, que não pretende extinguir as outras formas de execução de tais medidas. Ao contrário, ela só pode existir se houver concretamente a possibilidade de regressão, sendo para isso absolutamente necessária a existência do "regime fechado".

148 Não tendo sido possível verificar se esse fenômeno ocorre efetivamente na desinternação progressiva.

internos que já foram a ela submetidos, a fim de verificar se eles voltaram a ofender bens jurídicos penalmente relevantes. Nesse sentido, analisar-se-á documento[149] disponibilizado pelo HCTP II com o levantamento da situação de todos os sujeitos que já foram efetivamente desinternados, assim como outro relatório contendo também as ocorrências constatadas durante a própria submissão à desinternação progressiva. Deve-se atentar para o fato de que essas informações apenas levam em conta os dados posteriores à criação do HCTP II, não analisando os dados da desinternação progressiva quando esta se dava no HCTP I. Os dados que serão doravante analisados englobam, portanto, o período desde a criação do hospital até novembro de 2007, ou seja, seis anos. Ressalte-se apenas que nesses documentos não há qualquer referência a respeito da eventual inimputabilidade ou semi-imputabilidade dos internos quando da prática dos fatos. Essa questão é extremamente relevante porque se cometeram os ilícitos-típicos em situação de imputabilidade, isso não depõe contra a eficácia da desinternação progressiva, muito pelo contrário. Em verdade, um dos relatórios é expresso em afirmar que "a reinserção social tem o sentido de reabilitar e dar autonomia para que este indivíduo decida o que quer fazer em vida e de sua vida". Desta feita, se o indivíduo comete novo crime dotado de capacidade de entender o caráter ilícito do fato e de determinar-se de acordo com esse entendimento, porque decidiu, exercendo sua liberdade, deliberadamente entrar em conflito com o ordenamento jurídico, essa situação não pode ser reputada a qualquer falha na desinternação progressiva.

Em primeiro lugar, é essencial a informação de que, durante o período referido, 297 indivíduos foram desinternados. Desses, dezesseis[150] voltaram a praticar fatos descritos como crime, assim

---

149 Tais documentações foram elaboradas tendo por base informações disponibilizadas pela Companhia de Processamento de Dados do Estado de São Paulo (Prodesp) à instituição, de acesso restrito aos órgãos subordinados à Secretaria da Administração Penitenciária. Não tivemos, portanto, acesso a essa fonte.

150 Desses, onze praticaram fato idêntico ao que motivou a primeira internação (68,75%).

divididos: nove o fizeram durante o período de prova, de um ano, imediatamente posterior à desinternação, e sete o praticaram posteriormente a esse tempo. No entanto, nem todos eles foram sentenciados definitivamente: apenas seis deles contam com efetiva sentença transitada em julgado.[151] Ou seja, ainda não se tem certeza se os outros dez realmente praticaram fato descrito como crime, para o que devem estar presentes as categorias da tipicidade e da ilicitude. A rigor, apenas seis indivíduos voltaram a lesionar bens jurídicos relevantes, para efeitos penais, o que corresponde a 2,02% do universo total de desinternados.[152]

Ainda que não esteja diretamente relacionada à ofensa a bens jurídicos, é interessante o registro de outra informação trazida por um dos documentos: a inobservância ao tratamento ambulatorial, espécie de medida de segurança. Com efeito, dos 297 indivíduos desinternados, onze teriam descumprido a exigência de submissão ao tratamento ambulatorial: oito deles durante o período de prova, e três deles posteriormente. Somado esse número ao número de ex-internos que novamente praticaram fato descrito como crime, tem-se 27 internos que se comportaram de maneira indesejada após a desinternação[153] (9,09%).

---

151 O documento analisado fala impropriamente em "reincidentes condenados". Ora, não há reincidência propriamente dita, já que os inimputáveis não podem cometer crime ou contravenção. Poder-se-ia usar essa denominação para os semi-imputáveis apenas, ou para os condenados à pena privativa de liberdade a que sobreveio doença mental. Pelo mesmo motivo, também não se pode falar em condenação, considerando que os inimputáveis são absolvidos impropriamente. A documentação vai ainda além, falando em reincidência específica quando o interno volta a praticar o mesmo fato descrito como crime.

152 Com relação a essa numeração, o documento afirma que "a reincidência, nesse quesito, compreende o instituto previsto no Código Penal (art. 63), que para fins jurídicos é o que tem aplicabilidade".

153 O documento denomina esses indivíduos de "pacientes egressos 'reincidentes'", explicando que "a reincidência aqui abordada, para uma melhor compreensão, trata dos egressos que tanto cometeram crimes ou descumpriram o tratamento ambulatorial, mesmo que ainda não haja condenação vigente ou em trâmite". Como o próprio documento indiretamente reconhece, ao colocar a palavra "reincidentes" entre aspas, essa não é uma denominação correta, pois, além da reincidência propriamente dita, abarca a situação daqueles que não foram

Com relação a possível ofensa de bens jurídicos, que a medida de segurança tem por objetivo evitar, já se disse que seis internos foram sentenciados por terem cometido fato descrito como crime. Supondo que os outros dez indivíduos – ainda não sentenciados – também sejam ao final considerados perpetradores de ilícitos-típicos, a porcentagem será de 5,38%. Pode-se afirmar então que durante o período analisado a porcentagem de ex-internos que novamente praticaram fato descrito como crime situa-se entre 2,02% e 5,38%.

Esse dado é fundamental para se analisar a efetividade político-criminal da desinternação progressiva no que toca à prevenção especial negativa, consistente na proteção social. Obviamente, não é exigível que a medida atinja um nível tal de eficácia que nenhum ex-interno volte a entrar em conflito com o ordenamento jurídico. Embora isso fosse o ideal, sua chance de viabilização é muito remota. Importa é saber se esse percentual anteriormente informado apresenta índices satisfatórios quando comparado com o nível de reincidência dos egressos do sistema penitenciário comum.[154]

O sistema penitenciário brasileiro apresenta níveis de reincidência em torno de 70%, ou seja, 70% dos ex-detentos brasileiros voltam a praticar crimes após seu retorno ao convívio social. Com relação ao sistema penitenciário paulista especificamente, a taxa de reincidência ronda os 58% (Aumento, 2008; Azevedo, on-line). Como já dito, a porcentagem de egressos da desinternação progressiva que ofendem bens jurídicos está entre 2,02% e 5,38%. Mesmo se considerarmos que tal índice atinja seu máximo,[155] ainda assim será menor que o encontrado no sistema penitenciário paulista, e ainda menor que a taxa verificada no sistema penitenciário nacional. Sendo assim, considerando os fatos praticados pelos

---

ainda sentenciados, e até mesmo aqueles que simplesmente descumpriram o tratamento ambulatorial, nada tendo que ver com reincidência. Na verdade, com essa expressão, quis-se denominar todos aqueles que se comportaram de uma maneira não ideal, portando-se inadequadamente após a desinternação.

154 Haja vista não se terem encontrado dados oficiais a respeito dessa questão com relação às medidas de segurança propriamente ditas.

155 A depender do trânsito em julgado da sentença de dez internos.

internos após a efetiva desinternação, a desinternação progressiva é muito mais eficaz na consecução da prevenção especial negativa do que o sistema penitenciário comum, ainda mais se considerarmos que seus egressos foram custodiados em razão de ser portadores de anomalia psíquica, elemento que torna a execução da medida de segurança muito mais complexa.

Uma ressalva deve, no entanto, ser feita, a respeito dos ilícitos-típicos praticados pelos ex-internos. Muito embora a taxa de repetição de fatos ofensivos seja razoavelmente baixa, sobretudo se a compararmos com a execução da pena privativa de liberdade, devemos também analisar a tipologia desses fatos, para saber quão lesivos são, isto é, se ofendem bens jurídicos essenciais[156] à comunidade, assim como deve ser considerada a quantidade de fatos praticados pelos ex-internos. Com efeito, considerando tanto os ex-internos já sentenciados quanto os demais[157] (totalizando 16),[158] 81,25% cometeram apenas um ilícito-típico; 6,25%, dois ilícitos-típicos;[159] 6,25%, três ilícitos-típicos;[160] e 6,25%, quatro ilícitos-típicos.[161] Em conjunto, os dezesseis ex-internos cometeram 22 fatos tipificados como crime, assim distribuídos:

– 27,3% fatos descritos como crimes contra a liberdade sexual;
– 27,3% tipificados como crimes contra o patrimônio;
– 22,73% fatos descritos como crimes contra a vida;
– 9,1% descritos como crimes contra a saúde pública;
– 4,55% tipificados como crimes contra a liberdade pessoal;
– 4,55% descritos como crimes contra a vida e a saúde;
– 4,55% fatos descritos como crimes contra a administração pública.

156 Analisou-se apenas o bem jurídico em si, e não a relevância da ofensa. Esse exame ficou prejudicado em razão de não termos tido acesso a detalhes de cada caso concreto que nos permitissem esse juízo.

157 Os documentos não tratam tais situações separadamente.

158 Respectivamente, treze, um, um e um ex-internos.

159 Estupro e atentado violento ao pudor, na forma tentada.

160 Homicídio qualificado (art. 121, § 2º, III e IV, CP), estupro e atentado violento ao pudor na forma qualificada.

161 Dois roubos, uma resistência e uma exposição a perigo.

Os ilícitos-típicos contra a vida subdividem-se em: uma tentativa de homicídio simples (art. 121 e art. 14, II, CP); uma tentativa de homicídio qualificado (art. 121, § 2º, I e II e art. 14, II, CP); dois homicídios simples (art. 121, CP) e um homicídio qualificado (art. 121, § 2º, III e IV, CP). Os fatos ofensivos ao patrimônio, por sua vez, consistiram em: uma tentativa de furto qualificado (art. 155, § 4º, II e III e art. 14, II, CP); um furto (art. 155, CP); uma tentativa de roubo (art. 157 e art. 14, II, CP) e três roubos (art. 157, CP). Os fatos assemelhados aos crimes contra a liberdade sexual são os que seguem: um atentado violento ao pudor (art. 214, CP); um atentado violento ao pudor com presunção de violência (art. 214 e art. 224, CP); uma tentativa de atentado violento ao pudor (art. 213 e art. 14, II, CP) e uma tentativa de estupro (art. 214 e art. 14, II, CP);[162] um estupro qualificado (art. 213 e art. 223, CP) e um atentado violento ao pudor qualificado (art. 214 e art. 223, CP).[163]

Com relação aos ilícitos-típicos contra a saúde pública, houve dois fatos relacionados ao tráfico de entorpecentes (art. 12, Lei 6.368/76). Finalmente, nos fatos contra a liberdade pessoal, tem-se uma ameaça (art. 147, CP e Lei 11.340/06); nos ilícitos-típicos contra a administração pública, tem-se uma resistência (art. 329, CP); e nos fatos contra a vida e a saúde de outrem, uma exposição a perigo (art. 132, CP).

Do ponto de vista da ofensividade da conduta, os fatos que lesionaram os bens jurídicos vida e liberdade sexual certamente são os mais graves, dada a importância de tais bens. Somando-se os índices relativos aos fatos a eles lesivos, tem-se a porcentagem de 50,03%. Em outras palavras: um em cada dois ex-internos atentou

162 Na verdade, o documento analisado não é claro se tanto o estupro quanto o atentado violento ao pudor se deram na forma tentada, já que dizem respeito ao mesmo indivíduo. Como não tivemos acesso aos autos dos processos respectivos, não podemos afirmar categoricamente que se trata de duas tentativas. Sendo assim, pode ser que se trate de um fato na forma tentada e outro na forma consumada.

163 O mesmo se diga com relação à forma qualificada: pode ser que apenas um dos dois fatos tenha se dado qualificadamente.

contra esses fundamentais bens jurídicos. Somando a esse índice os ilícitos-típicos contra o patrimônio, tem-se o percentual de 77,33%. Assim, percebe-se que os fatos ofensivos à vida, à liberdade sexual e ao patrimônio respondem por grande parte dos atos cometidos pelos ex-internos. No entanto, uma distinção deve ser feita no seio dos fatos direcionados ao patrimônio, já que o crime de roubo consiste em lesão mais relevante do ponto de vista penal, pois atinge também a pessoa humana. Assim, somando a porcentagem dos ilícitos-típicos lesivos à vida e à liberdade sexual aos fatos contra o patrimônio cometidos mediante violência ou grave ameaça, tem-se o elevado percentual de 68,21%.

Tudo para fazer a seguinte ilação: o índice de cometimento de fatos descritos como crimes pelos ex-internos do HCTP II é baixo (entre 2,02% e 5,38%). No entanto, quando tal ocorre, a probabilidade de que se ofendam bens jurídicos essenciais é alta, rondando os 70%.[164] De qualquer forma, é forçoso reconhecer a eficácia da desinternação progressiva no atingimento da prevenção especial negativa, ao menos no que diz respeito ao comportamento dos internos após a desinternação. Falta-nos analisar a ofensa a bens jurídicos penalmente relevantes pelos internos antes da desinternação definitiva.

Com efeito, durante a aplicação da desinternação progressiva tem-se notícia de cinco ilícitos-típicos praticados dentro do HCTP II, envolvendo indivíduos que retornavam de VDA, todos relacionados ao tráfico ou ao porte de substâncias entorpecentes. Considerando que é de 591 o número de indivíduos já custodiados pela unidade, a porcentagem de internos que cometeram fatos descritos como crime dentro dela é de 0,84%. Fora da unidade, consta que três internos praticaram ilícitos-típicos, todas as vezes estando em VDA,[165] o que equivale ao índice de 0,51%. Os fatos praticados são: quatro roubos, um estupro e uma tentativa de estupro; um atentado violento ao pudor e uma tentativa de estupro; e dois homi-

164 Por isso o cuidado que a unidade deve ter no desempenho de sua função.

165 Não há registro de ocorrências do gênero na realização de imediações.

cídios.[166] No total, tem-se dez ações realizadas por três internos ainda na constância da medida de segurança, nos moldes da desinternação progressiva.

Reunindo-se todos os internos que realizaram ações ofensivas durante a execução da desinternação progressiva, o número representa 1,35% do total de sujeitos que já foram custodiados no HCTP II. Trata-se de percentual não elevado,[167] a indicar que a desinternação progressiva atinge sua finalidade de proteção à sociedade também quando os internos estão realizando imediações e VDAs. Mais uma vez, no entanto, ressalte-se a gravidade dos ilícitos-típicos[168] praticados pelos sujeitos também nessas condições: 26,67% fatos ofensivos ao patrimônio, em sua modalidade mais grave; 26,67% relacionados a crimes contra a liberdade sexual; 13,33% referidos a crimes contra a vida; e 33,33% relacionados a entorpecentes.

Outros dados merecem destaque com relação à análise estatística da desinternação progressiva. Durante os seis anos de existência no HCTP II, 39 internos tentaram subtrair-se à custódia da unidade (6,6%), assim divididos: 7 internos fugiram das próprias dependências do HCTP e 32 internos não voltaram das imediações ou das VDAs.[169] No entanto, três deles retornaram espontaneamente, ao passo que foram efetivadas 27 recapturas, ou seja, apenas nove internos se furtaram efetivamente da custódia (1,52% do total de internos custodiados pelo programa). Além disso, se se somar o índice de fugas (6,6%) ao percentual de ilícitos-típicos praticados dentro da unidade (1,35%), tem-se o índice de 7,95% de internos que se

166 Os ilícitos-típicos de dois internos já foram julgados. Um deles ainda aguarda julgamento, podendo ser a ele atribuído, além dos dois fatos descritos como homicídio, a realização de fatos tipificados como atentados violentos ao pudor.

167 Percentual ainda menor que o relativo ao cometimento de ilícitos-típicos após a desinternação.

168 O índice de atingimento de bens jurídicos essenciais é de 66,67% (vida, liberdade sexual e patrimônio, este último sendo lesado mediante violência ou grave ameaça à pessoa).

169 Conforme relatório consultado sobre a unidade, dá-se o nome de evasão à fuga ocorrida dentro do hospital, e de abandono de tratamento ao não retorno das saídas realizadas.

comportaram de maneira não desejável durante a execução da desinternação progressiva.

Por fim, registrem-se alguns outros índices, a saber: ausência de ocorrência de suicídios; ausência de homicídios tendo por vítimas os internos; índice de óbitos estimado em 2,03% (doze internos faleceram durante a execução da desinternação progressiva); e inexistência de rebeliões e motins.

Proposta de alteração legislativa do Código Penal e da Lei de Execução Penal

Como ficou evidente ao longo do trabalho, a desinternação progressiva ainda não se encontra regulamentada pela legislação penal pátria, devendo ser tomada esta providência, principalmente para melhor obedecer ao princípio da legalidade e para que se constitua em dever do Estado – e não mais uma mera faculdade, a depender da iniciativa dos sistemas penitenciários locais. A comprovação da eficácia político-criminal da desinternação progressiva, desde que seja suficientemente estruturada, só reforça a necessidade de se instituir a medida no ordenamento jurídico brasileiro. Com efeito, a projeção dogmática da desinternação progressiva só foi operada após a análise de sua eficácia político-criminal, sem a qual não haveria por que pretender regulamentá-la. Ademais, é de se considerar que a proposta legislativa elaborada e ora analisada não pretende ser a forma pronta e acabada de eventual projeto de lei que apresente a desinternação progressiva, mas objetiva lançar as bases de uma discussão diferenciada, que leve em conta a metodologia apontada pela Ciência Global do Direito Penal, com o protagonismo da Política Criminal.

Feitas essas considerações, registre-se que não se elaborou uma proposta legislativa que tratasse tão somente da desinternação progressiva, eis que ela se encontra inscrita no interior da medida de segurança que, por sua vez, deve ter sua regulamentação revista. Assim, as propostas legislativas foram orientadas em duas frentes:

modificações no Código Penal, tratando da medida de segurança como um todo e da desinternação progressiva propriamente dita; alterações na Lei de Execução Penal, essas sim somente dizendo respeito à desinternação progressiva.

Consigne-se que as modificações alvitradas foram motivadas principalmente pelos entendimentos exarados ao longo desse trabalho, assim como por outras questões que não puderam ser aqui suficientemente exploradas por fugirem do objeto próprio da pesquisa, mas que não puderam ser desconsideradas quando da elaboração da proposta legislativa. De qualquer forma, procurar-se-á explicitar, ainda que sucintamente, as razões motoras de cada asserção.

No que diz respeito ao Código Penal brasileiro, as seguintes modificações são sugeridas, pelas razões que as seguem:

> Art. 96. As medidas de segurança são:
> I – internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado;
> II – sujeição a tratamento ambulatorial.
> § 1º A submissão do indivíduo a uma ou a outra espécie de medida de segurança obedecerá ao que for mais adequado para atingir as finalidades da medida de segurança. Pelo mesmo motivo, pode o juiz converter, a qualquer tempo, uma espécie de medida de segurança em outra.
> § 2º Aos indivíduos internados que reunirem condições para tanto, a critério do juiz, aplicar-se-á a desinternação progressiva.
> § 3º Finda a internação, o tratamento ambulatorial será aplicado somente se for necessário para atingir as finalidades da medida de segurança.
> Art. 97. O prazo máximo de duração da medida de segurança coincide com o da pena abstratamente cominada ao fato descrito como crime, devendo sua execução terminar quando for constatado que o indivíduo reúna condições de ser inserido socialmente.
> § 1º Para os fins de constatação da possibilidade de inserção social, assim como de possibilidade de transferência para a desinternação

> progressiva, devem ser realizadas avaliações e perícias pelos seguintes profissionais, ao menos: médico psiquiatra, psicólogo e assistente social.
> § 2º As perícias e avaliações do parágrafo anterior devem ser realizadas semestralmente, ou a qualquer tempo, se o determinar o juiz da execução.
> § 3º Quando a medida de segurança findar antes de seu prazo máximo, a desinternação será condicional, devendo ser restabelecida a situação anterior se o agente, antes do decurso de um ano, pratica fato descrito como crime, em situação de inimputabilidade ou de semi-imputabilidade.

Com relação ao artigo 96 do Código Penal, a proposta não acresceu a desinternação progressiva como outra espécie de medida de segurança porque ela consiste pura e simplesmente em uma fase da internação. A nosso ver, portanto, as espécies de medidas de segurança devem continuar as mesmas, devendo apenas estar prevista a aplicação da desinternação progressiva. Com efeito, o § 2º do artigo 96 trataria justamente desse tema, estabelecendo que, aos internados que reunirem condições, a critério do juiz, a desinternação progressiva será aplicada. Entendemos que essa disposição, no seio do Código Penal, é suficiente, devendo ser estabelecidos pela Lei de Execução Penal maiores detalhamentos. Também se deve consignar a importância de ficar assentada a competência do juiz da execução para transferir o interno à desinternação progressiva. Muito embora ela seja corolário das funções do juiz, é pertinente tal previsão por estar-se tratando de HCTPs, que podem pretender ser essa transferência questão de cunho apenas terapêutico. Finalmente, a avaliação das condições do interno, para formular-se o juízo a respeito da adequação da aplicação da desinternação progressiva, deve ser criteriosamente levada a cabo pelo juiz, não sendo possível estabelecer *a priori* eventuais pressupostos para aplicação do instituto.[170] Isso

170 Pelo menos não no atual estágio de desenvolvimento doutrinário. Reconheça-se, no entanto, a necessidade de se realizar, futuramente, um esforço

porque uma regulamentação taxativa, além de ser de difícil realização, certamente perturbaria a adequada aplicação da medida de segurança. Seria impraticável prever-se, por exemplo, que após um determinado período na internação tradicional, o custodiado deva ser transferido à desinternação progressiva,[171] já que a evolução da situação de cada interno é absolutamente única e diferenciada: um interno que está há um bom tempo internado pode ainda não reunir condições terapêuticas e comportamentais de receber a desinternação progressiva, enquanto outro recém-chegado à internação pode desenvolver essas condições rapidamente.

Muito embora seja importante detalhar, ao máximo possível, a execução das medidas de segurança, não é possível estabelecer critérios objetivos aptos a autorizarem a aplicação da desinternação progressiva, principalmente porque, em nome da intervenção mínima, sempre que for adequada, a intervenção menos gravosa deve ser a elegida. Até porque, a rigor, todo sujeito internado terá, quando aprovada a modificação, a pretensão de ser para ela transferido, ficando a critério do juiz a decisão quanto ao momento mais apropriado.

A proposta também se encaminha, com relação aos demais parágrafos do artigo 96, no sentido de mudar o critério de aplicação da internação e do tratamento ambulatorial. Não faz sentido, como tivemos oportunidade de demonstrar, obrigar a aplicação da internação no caso de fatos descritos como crimes apenados com reclusão e vincular o tratamento ambulatorial aos fatos apenados

---

multidisciplinar – que congregue os aspectos terapêuticos e jurídicos – para que os pressupostos e as condições de aplicação da desinternação progressiva sejam explicitados, e passem a constar de lei específica, em obediência aos critérios de clareza, certeza e precisão ditados pelo princípio da legalidade.

171 O mesmo se diga quanto à tentativa de aplicação da desinternação progressiva a internos que portem determinadas anomalias psíquicas, deixando fora de seu âmbito indivíduos que possuam doenças mentais não constantes desse rol. Como tivemos oportunidade de demonstrar, uma seleção desse tipo impediria concretamente a reinserção social de inúmeros internos, que a medida de segurança está obrigada a buscar, além de se fundamentar mais em problemas práticos do que em critérios racionais.

com detenção. Não constituindo objetivo da medida de segurança qualquer reprovação ao agente portador de anomalia psíquica, a regulamentação do artigo 97, *caput*, do Código Penal merece ser urgentemente revista. Em razão da intervenção mínima, se o tratamento ambulatorial bastar para atingir as finalidades da medida de segurança, não há que se cogitar da aplicação de internação, como esperamos ter demonstrado no momento apropriado. Ademais, outra mudança se faz essencial na regulamentação da medida de segurança: justamente essa vinculação às finalidades das medidas de segurança, e não apenas a referência a fins terapêuticos, como se esse fosse o único objetivo perseguido pela medida. Como vimos, o tratamento do interno é importante na medida em que favorece sua reinserção social, essa sim o aspecto mais importante da prevenção especial positiva. Ademais, a medida de segurança, subsidiariamente, também deve tender a consecução da prevenção especial negativa, de modo a proteger os bens jurídicos mais importantes da sociedade. Se é verdade que essa última finalidade não se justifica sozinha, devendo sempre ser secundária com relação à prevenção especial positiva, isso não faz que não deva ser adequadamente buscada.

Assim sendo, falar em necessidades terapêuticas, como faz o atual Código Penal, para se referir às finalidades da medida de segurança, é postura insuficiente. Nesse sentido é que, ao tratar dos critérios de aplicação da medida de segurança, a proposta legislativa institui que "a submissão do indivíduo a uma ou a outra espécie de medida de segurança obedecerá ao que for mais adequado para atingir as finalidades da medida de segurança". Tendo em vista o mesmo critério é que "pode o juiz converter, a qualquer tempo, uma espécie de medida de segurança em outra". Enquanto o § 4º do artigo 97 do atual Código Penal estabelece que o tratamento ambulatorial, em qualquer fase, pode ser substituído pela internação, se essa providência for necessária para fins curativos, a proposta em tela vincula essa alteração à necessidade de atingir as finalidades próprias das medidas de segurança, entre elas incluído o tratamento do interno.

Outra adição foi proposta ao artigo 96, contemplando-se que "finda a internação, o tratamento ambulatorial será aplicado

somente se for necessário para atingir as finalidades da medida de segurança", em uma clara exteriorização da intervenção mínima e em mais uma tentativa de vincular o tratamento ambulatorial ao atingimento das finalidades da medidas de segurança, e não apenas às necessidades de tratamento do indivíduo. Isso porque, como foi demonstrado pela pesquisa de campo, a maioria dos ex-internos do sistema penitenciário continua a necessitar de acompanhamento terapêutico ao longo de suas vidas, tratamento que deve ser então realizado pelo SUS. O tratamento ambulatorial, espécie de medida de segurança, só deve ser aplicado após a desinternação do indivíduo se for essencial para garantir a inserção social do indivíduo e para proteger a sociedade de novas lesões a bens jurídicos, podendo, é verdade, ser o tratamento terapêutico instrumento para atingir esses objetivos. O que ocorre é que a estabilidade do indivíduo no convívio social depende, muitas vezes, de que se continue oferecendo a ele adequado tratamento psiquiátrico – com a oferta de medicamentos, inclusive –, função que o SUS deve desempenhar, não sendo necessária a continuidade da intervenção penal. Até porque, se se vincular a extinção do tratamento ambulatorial ao fim das necessidades terapêuticas dos indivíduos, a medida de segurança dificilmente se findará.

Com relação aos prazos de duração da medida de segurança, as propostas de alteração basearam-se em duas necessidades: a supressão da existência de limites mínimos e o estabelecimento de limites máximos. Com relação a esses últimos, embora haja discordâncias com relação ao melhor critério para sua determinação, propôs-se que a medida de segurança tenha como limite a pena máxima cominada ao fato descrito como crime, posição que, aliás, parece ser a predominante na doutrina brasileira e que, certamente, consistiria em significativo avanço. Como tivemos ocasião de demonstrar, a finalidade de estabelecer o prazo máximo reside na necessidade de se criar um limite infranqueável de duração da medida de segurança; qualquer que seja o critério estabelecido (pena máxima do delito, dois terços dessa pena, cinco anos etc.), ele tem por único fundamento criar esse limite, daí a dificuldade em se decidir por um

ou outro. Seja como for, a proposta contempla a vinculação à pena máxima cominada ao fato descrito como crime: "O prazo máximo de duração da medida de segurança coincide com o da pena abstratamente cominada ao fato descrito como crime, devendo sua execução terminar quando for constatado que o indivíduo reúne condições de ser inserido socialmente".

A parte final da alteração proposta é uma tentativa de se romper com o conceito de periculosidade, presente nas medidas de segurança. Embora não consista em objeto da pesquisa, ficou patenteado que se trata de tema que merece uma reestruturação, porque não uma reconstrução. Propôs-se, em forma de esboço, a substituição do termo cessação da periculosidade pela expressão "quando for constatado que o indivíduo reúne condições de ser inserido socialmente", porque afinal é isso que importa quando da desinternação do interno. Reconhecemos, no entanto, que essa proposta tem feição embrionária, merecendo uma análise muito mais detida. De qualquer forma, e na defesa dessa proposta, registre-se que se a medida de segurança só se justifica e se legitima na medida em que busca reinserir o sujeito socialmente, utilizando-se para isso de diversas estratégias terapêuticas e sociais, e que faz sentido vincular o fim da execução da medida justamente ao advento de condições satisfatórias de inserção social do interno.

Essas poderiam ser as bases para se repensar e substituir o conceito de periculosidade por outro melhor, tarefa que, certamente, excede os limites deste trabalho. Registre-se apenas que a vinculação da extinção da medida de segurança à cessação da periculosidade do sujeito importa em um desvio político-criminal que merece ser repensado, pois faz que a finalidade secundária da medida se converta em primeira. Explico. Sendo a periculosidade a probabilidade de o indivíduo tornar a praticar ilícitos-típicos, e com isso lesionar bens jurídicos essenciais da sociedade, a extinção da medida de segurança no ordenamento jurídico brasileiro está voltada tão somente ao atingimento da prevenção especial negativa. Rever essa questão, de modo a dar a devida importância à finalidade primeira da medida de segurança, é essencial.

Seja como for, a proposta legislativa encaminha-se no sentido de estabelecer que "para os fins de constatação da possibilidade de inserção social, assim como de possibilidade de transferência para a desinternação progressiva, devem ser realizadas avaliações e perícias pelos seguintes profissionais, ao menos: médico psiquiatra, psicólogo e assistente social".

Como se pode ver, há uma tentativa de rompimento com o modelo puramente médico da medida de segurança, por duas razões. Em primeiro lugar, a desinternação progressiva prova que a abordagem puramente médica nas medidas de segurança é insuficiente, sendo essencial o trabalho multidisciplinar. Se assim for, torna-se fundamental ouvir, nos momentos de transferência do indivíduo para a desinternação progressiva ou de desinternação definitiva, outros profissionais importantes para a execução da medida e que acompanham a evolução da situação do interno. Ademais, se a sistemática da desinternação progressiva estiver correta ao considerar que a periculosidade do interno não diz respeito apenas a fatores endógenos, mas também a fatores sociais, a oitiva do assistente social é importante, até mesmo como forma de o juiz acompanhar o empenho deste na preparação da desinternação do indivíduo. Em segundo lugar, pareceres de diversos profissionais dariam ao juiz da execução mais elementos para formar seu convencimento, de modo a evitar o seguimento automático da opinião do médico perito e a obrigar o juiz a retomar sua função de efetivamente decidir as questões ligadas à execução da medida de segurança.

Pretende também a proposta apresentada estabelecer que "as perícias e avaliações do parágrafo anterior devem ser realizadas semestralmente, ou a qualquer tempo, se o determinar o juiz da execução". A novidade com relação à atual legislação reside na diminuição do tempo de realização das perícias e das avaliações dos demais profissionais, já que, atualmente, as perícias médicas são realizadas anualmente. A última modificação proposta, com relação ao Código Penal, reside na disposição de que a desinternação será condicional, desde que a medida de segurança finde antes de seu prazo máximo. Isso porque, se o interno tiver permanecido submetido à

medida de segurança pelo máximo de tempo permitido pela legislação – nos termos da presente proposta –, não há que se falar em restabelecimento da internação, na hipótese de prática de fato descrito como crime. Nesse caso, o indivíduo aguardará a condução do processo em liberdade. Ademais, nos casos em que a desinternação ocorreu antes do fim do prazo máximo da medida, o restabelecimento da medida de segurança só será admitido se o ex-interno tiver praticado o ilícito-típico em situação de inimputabilidade ou de semi-imputabilidade, ou seja, desde que não seja inteiramente capaz de compreender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se segundo essa compreensão. Essa disposição é importante porque não faz sentido reconduzir o indivíduo à medida de segurança se ele tiver praticado a conduta de maneira consciente e deliberada, é dizer, em situação de imputabilidade. Caso isso ocorra, não há que se falar em medida de segurança, e sim em pena propriamente dita, já que ao sujeito poderá ser atribuída a conduta e a responsabilização dela decorrente.

Também merece destaque outra modificação pretendida com relação à legislação vigente: enquanto o § 3º do artigo 97 do Código Penal fala em "fato indicativo de persistência de sua periculosidade", apto a fazer ressurgir a medida de segurança antes imposta, a proposta legislativa em tela condiciona o restabelecimento da medida à prática de fato descrito como crime. Trata-se de outra mudança essencial no contexto das medidas de segurança, apta a limitar o afã interventivo do Estado. Afinal, não pode o Estado pretender voltar a intervir a não ser que haja prática de fato descrito como crime, previamente delimitado pela legislação penal. A previsão do fato indicador da persistência da periculosidade fere as garantias inerentes à pessoa humana, além de não descrever previamente quais fatos seriam indicativos da continuidade da periculosidade. Trata-se de regra não condizente com as orientações do Estado Social e Democrático de Direito Material, merecendo também urgente modificação.

Como já dito anteriormente, propõe-se que a previsão legal da desinternação progressiva seja feita no Código Penal, enquanto

considera-se a proposta de regulamentação detalhada mais afeita à Lei de Execução Penal. Para tanto seria necessário o acréscimo de um artigo, destinado ao assunto, na Lei de Execução Penal, sugerindo que sua numeração seja a de 179-A:[172]

> Art. 179-A. Aos indivíduos internados que reunirem condições para tanto, a critério do juiz, aplicar-se-á a desinternação progressiva, consistente no aumento gradual do contato do interno com o meio sociofamiliar e na diminuição da dependência do hospital, de maneira planejada e assistida.
> § 1º Ao interno que estiver submetido à desinternação progressiva poderão ser autorizadas, a critério do juiz e após a oitiva do médico psiquiatra, do psicólogo e do assistente social que cuidam do caso:
> a) as imediações, consistentes na permissão para que o interno se ausente do hospital para realizar atividade devidamente justificada e posteriormente comprovada;
> b) as visitas domiciliares, consistentes na autorização para que o interno permaneça com sua família e sob sua tutela.
> § 2º As imediações terão prazo máximo de oito horas. As visitas domiciliares terão prazo máximo de 21 dias.
> § 3º Tanto as imediações quanto as visitas domiciliares poderão ser realizadas com ou sem o acompanhamento presencial dos profissionais do hospital, a critério do juiz.
> § 4º Nas dependências da unidade que aplicar a desinternação progressiva é indispensável a realização de atividades que concorram para a inserção social dos internos, assim como para seu tratamento e desenvolvimento pessoal.

Reiterando e aprofundando o pretendido § 2º do artigo 96 do Código Penal, o *caput* do artigo 179-A conceitua a desinternação progressiva[173] como a fase da internação que fomenta a autonomia

---

172 Na verdade, como outras modificações serão necessárias na Lei de Execução Penal, quando da aprovação da proposta de alteração do Código Penal, é provável que a numeração do artigo não seja essa.

173 Esperamos ter explicitado esse conceito anteriormente.

do interno em relação ao hospital e a ampliação de seu contato e de suas relações com o meio familiar e social. Importante registrar que a alteração estabelece que a desinternação progressiva deve buscar a realização de seus objetivos de maneira planejada e assistida, isto é, as equipes profissionais dos HCTPs devem acompanhar e fiscalizar essas estratégias continuamente, projetando a própria desinternação definitiva do interno. Mais uma vez, reitere-se que a apreciação concreta da conveniência de aplicar a desinternação progressiva cabe ao juiz, não devendo ser estabelecidos pressupostos taxativos prévios nesse sentido.

Como conteúdo do § 1º do artigo 179-A da Lei de Execução Penal, propõe-se a possibilidade de autorização de imediações e visitas domiciliares ao interno submetido à desinternação progressiva, a critério do juiz e após ouvir o psiquiatra, o psicólogo e o assistente social que cuidam do caso. Trata-se de mais uma disposição que reafirma o papel do juiz da execução nas autorizações para saídas, em consonância com o que preceitua o artigo 66, inciso IV, da Lei de Execução Penal. Também com relação a essa proposta reforçou-se o papel de outros profissionais, para além do médico psiquiatra, em uma expressão do reconhecimento de que a medida de segurança e a desinternação progressiva não abarcam uma realidade tão somente médica, mesmo com relação às estratégias terapêuticas propriamente ditas.

A lei disporia que as imediações consistem na permissão para que o interno se ausente do hospital para realizar atividade devidamente justificada e posteriormente comprovada. Ressalte-se a importância da justificação e da comprovação da atividade realizada, tais como fazer compras, ir ao dentista, ir ao banco etc., para que o interno não fique ocioso fora das dependências do hospital. A proposta também pretende instituir que as visitas domiciliares residam na autorização para que o interno permaneça com sua família e sob sua tutela.

Se com relação às imediações seguiu-se a nomenclatura utilizada pela desinternação progressiva paulista, o mesmo não ocorreu com relação às visitas domiciliares, nomeadas pelo HCTP II de visitas domiciliares assistidas. Isso porque todas as saídas dos internos são

assistidas pelos profissionais da unidade, muitas vezes inclusive presencialmente. Toda estratégia e toda ação realizada na desinternação progressiva é feita de forma assistida, razão pela qual consideramos suficiente a denominação "visita domiciliar". Frise-se, ademais, a importância da permanência do interno sob a tutela de sua família, sem a qual não pode ser aplicada a visita domiciliar.

A alteração legislativa aspira aprovar dispositivo que regulamente o prazo máximo de duração das imediações e das visitas domiciliares, a saber: oito horas e 21 dias, respectivamente. Dentro desse limite, o juiz, ouvidos os profissionais que atuam na desinternação progressiva, poderá estabelecer o prazo de duração mais adequado para cada autorização em concreto. Ademais, a proposta legislativa tenciona estabelecer que tanto as imediações quanto as visitas domiciliares poderão ser realizadas com ou sem o acompanhamento presencial dos profissionais do hospital, a critério do juiz. Aqui também se pretende apenas esclarecer que as imediações e as visitas domiciliares são realizadas por vezes com acompanhamento profissional presencial, por vezes sem necessidade dele. O juiz é que passaria a decidir sobre isso, ouvidos os profissionais já referidos. Não se quis seguir a dinâmica exata da desinternação progressiva paulista (realização de imediações acompanhado, depois de imediações desacompanhado, e posteriormente de VDAs), para não se dar uma sistemática fechada ao instituto, pois ele com certeza será levado a efeito de formas diversificadas nos diversos estados brasileiros. Por isso apenas o essencial foi proposto, deixando os detalhes para o âmbito de apreciação de cada juiz da execução. Além do que, mesmo com relação ao próprio instituto paulista, sua sistemática não é seguida à risca, por depender das necessidades concretas de cada interno, a reiterar a desnecessidade de um maior detalhamento das imediações e das visitas domiciliares.

Finalmente, a proposta de alteração legislativa delineada intenta assentar que "Nas dependências da unidade que aplicar a desinternação progressiva são indispensáveis a realização de atividades que concorram para a inserção social dos internos, assim como para seu tratamento e desenvolvimento pessoal". Com efeito, além da

realização de saídas pelos internos, é essencial para a eficácia da desinternação progressiva a existência de atividades direcionadas ao tratamento e à reinserção do interno, consistentes basicamente, como se demonstrou em lugar oportuno, em atividades relacionadas à educação, ao trabalho e ao lazer. Não se quis detalhar essas atividades, tendo por modelo a experiência do HCTP II,[174] servindo-se do instituto paulista mais para comprovar que essas atividades são fundamentais para que a medida atinja seus objetivos. Que atividades serão essas, cada HCTP definirá, com a supervisão do Juízo da Execução, a depender certamente de cada realidade regional. O importante é aplicarem-se estratégias voltadas para o atingimento das finalidades das medidas de segurança quando da aplicação da desinternação progressiva.

Como se pode perceber, não se buscou formular uma proposta legislativa demasiadamente minuciosa sobre a desinternação progressiva em razão de entendermos que isso traria mais prejuízos que benefícios. Com efeito, uma sistemática excessivamente fechada e tendo por referência apenas o instituto paulista teria a provável consequência de não ser operacionalizável em outros estados, ou mesmo de não se dar a eles a oportunidade de aperfeiçoar a medida. O que é preciso ser estabelecido previamente são as balizas essenciais, características da desinternação progressiva, deixando o mais a critério do juiz da execução, e contando certamente com a dedicação e a criatividade dos profissionais dos HCTPs.

---

174 Até porque no HCTP II há carência de diversos profissionais e, por consequência, de diversas atividades adequadas para a desinternação progressiva.

Conclusão

A totalidade dos entrevistados afirmou ser a desinternação progressiva, indubitavelmente, um avanço[1] na história das medidas de segurança. Afirmaram também, unanimemente, que são urgentes diversas mudanças em seu contexto, principalmente o aumento da destinação de recursos para sua viabilização, destinado tanto para a contratação de funcionários[2] quanto para a satisfação de necessidades materiais.[3]

---

1 Frente à seguinte pergunta: A desinternação progressiva é um avanço ou um retrocesso? Cite-se a fala de um dos entrevistados, sintetizadora dessa posição: "Na sua opinião, a desinternação progressiva é um avanço ou um retrocesso, Comparando com as outras formas da medida de segurança? – Eu acho que eu já dei elementos bastante contundentes que eu acredito sim que seja um avanço. Um avanço total. Retrocesso seria se determinasse que não existisse mais. Isso seria um retrocesso. Isso é um avanço, eu acho que tem que aperfeiçoar cada dia, eu acho que cada vez que a gente está trabalhando a gente consegue ter elementos que possam agregar a este projeto, e que dá o norte, que amplie esse projeto, que eu acho que é de extrema importância".

2 São necessários, basicamente: aumento do corpo administrativo, contratação de médicos (clínicos e psiquiatras), psicólogos, assistentes sociais, dentistas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes de segurança penitenciária, terapeutas ocupacionais, pedagogos e professores de Educação Física.

3 Para, por exemplo, levar os internos a passeios extra-hospitalares, possibilitar aos assistentes sociais um contato maior com as famílias dos internos, comprar

Com efeito, sobressaem as deficiências com relação ao corpo funcional da unidade. Talvez isso se deva ao fato de que o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico II de Franco da Rocha (HCTP II) se trata de unidade destinada a abrigar os internos menos perigosos[4] e que já estão em um nível terapêutico reputado melhor, levando a se extrair a conclusão de que o hospital não precisa de muitos recursos. Esse raciocínio não poderia ser mais equívoco; afinal, muitos profissionais são essenciais para efetivar o tratamento e a reinserção social dos internos nos moldes da desinternação progressiva, inclusive profissionais que não são fundamentais em outros hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico (HCTPs). Ao contrário do que se possa pensar, o HCTP II requer um expressivo investimento financeiro para que consigam atingir os objetivos da medida de segurança satisfatoriamente. Em verdade, a desinternação progressiva é altamente eficaz na consecução dessas finalidades, se comparada ao modo tradicional de execução da medida de segurança, razão pela qual o investimento em sua concretização certamente redundará em ótimos resultados, sendo por isso recomendado.

Frise-se, no entanto, que a eficácia da medida não depende apenas de investimentos em sua própria efetivação, mas deriva também da estruturação dos serviços públicos de uma maneira geral. Isso porque os ex-internos passarão, em sua maioria, a depender do Sistema Único de Saúde (SUS) para prosseguir realizando seu tratamento, necessário para garantir sua estabilidade do ponto de vista médico e social, ou ainda, nos casos mais complexos, necessitarão ser abrigados por outras instituições públicas[5] quando de sua desinternação do HCTP II. Também com relação a esses serviços públicos são requeridos maiores investimentos, não só para o bem da população em geral, mas para garantir a eficácia da desinternação progressiva propriamente dita. Desta feita, é mister reconhecer que

material para realização de artesanato e material esportivo, e assim por diante. Foi citada também a necessidade de uma reforma infraestrutural no hospital.

4 Em tese, até mesmo os problemas relativos à segurança da unidade são menores.

5 Ressaltem-se as chamadas residências terapêuticas.

a aptidão da medida para atingir seus objetivos depende do cumprimento pelo Estado de outras obrigações que lhe são próprias.

Com relação aos resultados obtidos pela desinternação progressiva em São Paulo, ainda que seu aparelhamento esteja bem longe do ideal, é forçoso concluir-se que ela atinge os objetivos das medidas de segurança de uma maneira satisfatória, ainda mais quando comparada à execução tradicional. No que toca a prevenção especial positiva, certo é que a desinternação progressiva tem uma metodologia extremamente adequada para lograr a ressocialização dos internos e, com efeito, um percentual considerável foi efetivamente reintegrado à sociedade (50,25%). Para que a eficácia nesse quesito seja maior, falta, na experiência concreta realizada em São Paulo, sanar as carências estruturais do HCTP II, consistentes sobretudo no reduzido corpo funcional e na insuficiência de recursos. Ademais, o aumento da eficácia da desinternação progressiva com relação à prevenção especial positiva redundará certamente em uma elevação da eficácia da prevenção especial negativa, pois o acréscimo dos níveis de reinserção social – quantitativa e qualitativamente – levará à diminuição dos índices de lesão a bens jurídicos fundamentais. Índices esses que, aliás, já alcançaram adequados patamares: 1,35% de todos os sujeitos já custodiados praticaram fatos descritos como crime durante a execução da desinternação progressiva, e 2,02% dos ex-internos foram sentenciados em razão da prática de ilícitos-típicos posteriormente a sua desinternação definitiva.

Finalmente, com relação à proteção à dignidade dos internos, a desinternação progressiva também se demonstra eficaz, na medida em que não se tem notícia de violações da dignidade por parte dos internos a ela submetidos, além do que a execução gradual da medida de segurança tende a fomentar mais satisfatoriamente tal dignidade.

Como foi demonstrado, apesar de suas significativas limitações estruturais, a desinternação progressiva paulista consegue atingir em nível satisfatório as finalidades da medida de segurança. Reputamos esse fato, em grande medida, além da seleção dos internos considerados aptos a serem transferidos para o HCTP II e de outros fatores desenvolvidos ao longo do trabalho, à própria abordagem não asilar

realizada pelo instituto. Em outras palavras: a metodologia da desinternação progressiva em si é responsável por parte de sua eficácia, na medida em que possibilita adequada e efetivamente a integração do custodiado à sociedade, consistindo por isso em um instrumento importantíssimo para a consecução das finalidades da medida de segurança. Sendo assim, conclui-se que a desinternação progressiva realiza satisfatoriamente as obrigações político-criminais do Estado referentes à mencionada consequência jurídica do delito, razão pela qual deve ser objeto de lei que a regulamente, de modo a ser uma realidade no sistema penitenciário brasileiro como um todo. Finalmente, assinale-se que seu nível de eficácia em cada HCTP que a instituir estará diretamente relacionado à quantidade de recursos a ela destinados.

Referências bibliográficas

ADOMAITIS, D. et al. *Medida de tratamento*: propostas de adequação do Código Penal e da Lei de Execução Penal ao tratamento em saúde mental do inimputável. Franco da Rocha: [s. n.], 2000.

ALVIM, R. C. M. *Uma pequena história das medidas de segurança*. São Paulo: IBCCRIM, 1997.

AMADEO, S. J. Acerca del concepto de las medidas de seguridad en el derecho penal argentino. *Ciencias Penales Contemporáneas*: Revista de Derecho Penal, Procesal Penal y Criminología, Mendonza, ano 4, n.7/8, p.231-78, 2004.

ANDREUCCI, R. A. et al. *Penas e medidas de segurança no novo código*. 2.ed. Rio de Janeiro: Forense, 1987.

ANTUNES, M. J. Discussão em torno do internamento de inimputável em razão de anomalia psíquica. *Revista Brasileira de Ciências Criminais*, São Paulo, v.11, n.42, p.90-102, jan./mar. 2003.

_______. *Internamento de imputáveis em estabelecimentos destinados a inimputáveis*. Coimbra: Coimbra, 1993.

_______. *Medida de segurança de internamento e facto de inimputável em razão de anomalia psíquica*. Coimbra: Coimbra, 2002.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. *NBR 6023*: informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2002. 24p.

_______. *NBR 10520*: informação e documentação: citações em documentos: apresentação. Rio de Janeiro, 2002. 7p.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. *NBR 14724*: informação e documentação: trabalhos acadêmicos: apresentação. Rio de Janeiro, 2005. 9 p.

AUMENTO da reincidência. *Estado de S. Paulo*, São Paulo, 2 fev. 2008. Notas e informações. Disponível em: <http://www.estado.com.br/editorias/2008/02/02/edi-1.93.5.20080202.2.1.xml>. Acesso em: 20 abr. 2008.

AZEVEDO, C. G. *Brasil*: outras perspectivas de administração penitenciária. Disponível em: <http://www.unodc.org/newsletter/pt/perspectives/no02/page002.html>. Acesso em: 20 abr. 2008.

BARREIRO, A. J. Crisis actual del dualismo en el Estado social y democrático de derecho. In: CONGRESSO INTERNACIONAL. Facultad de Derecho de la UNED. *Modernas tendencias en la ciencia del derecho penal y en la criminología*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia, 2001, p.143-92.

______. Reflexiones sobre la compatibilidad de la regulación de las medidas de seguridad en el CP de 1995 con las exigencias del Estado de Derecho. In: HOMENAJE AL PROFESOR DR. GONZALO RODRÍGUEZ MOURULLO. Navarra: Aranzadi, 2005, p.565-86.

BARROS, C. S. de M. *A individualização da pena na execução penal*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001.

BARTON, R. *La neurosis institucional*. Madrid: Paz Montalvo, 1974.

BECKER, H. *Métodos de pesquisa em ciências sociais*. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

BIRMAN, J. *A psiquiatria como discurso da moralidade*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

BONFANTINI, M.; PRONI, G. Suposição: sim ou não?: eis a questão. In: ECO, U.; SEBEOK, T. (Orgs.). *O signo de três*: Dupin, Holmes, Peirce. São Paulo: Perspectiva, 1991.

BORGES, P. C. C. *Reparação do crime pelo Estado*. São Paulo: Lemos e Cruz, 2003.

______. *Direito penal democrático*. São Paulo: Lemos e Cruz, 2005.

BRAGA, V. G. As medidas de segurança no Estado Democrático de Direito. *Revista Transdisciplinar de Ciências Penitenciárias*, Pelotas, v.3, n.1, p.265-79, jan./dez. 2004.

BRASIL. *Constituição Federal, código penal, código de processo penal*. 9.ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2007.

______. Câmara dos Deputados. *Relatório da I Caravana Nacional de Direitos Humanos*: uma amostra da realidade manicomial brasileira. Brasília, DF, 2000. Disponível em: <http://www2.camara.gov.br/comissoes/cdhm/relatorios/Apresenta.html>. Acesso em: 5 jan. 2007.

BRASIL Ministério da Saúde; Ministério da Justiça. *Seminário Nacional para Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico*: relatório final. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <http://www.mj.gov.br/depen/>. Acesso em: 22 jan. 2007.

_______. Supremo Tribunal Federal. *Habeas Corpus nº 84.219*. Brasília, DF, 16 ago. 2005. Disponível em: <http://www.stf.gov.br>. Acesso em: 7 jul. 2007.

BRUYNE, P. de; HERMAN, J.; SCHOUTHEETE, M. de. *Dinâmica da pesquisa em ciências sociais*: os pólos da prática metodológica. 5.ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1991.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Comissão de direitos humanos e minorias. *Relatório sobre tortura no Brasil*. Brasília, DF, 2005. Disponível em: <http://www2.camara.gov.br/comissoes/cdhm/RelatTortBras.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2007.

CARLOS, A. da P. *Medidas de segurança*. Lisboa: Jornal do Fôro, 1963.

CIA, M. A alta e a desinternação progressivas como forma de efetivação dos direitos fundamentais dos inimputáveis no sistema penal brasileiro. *Revista do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária*, Brasília, DF, v.1, n.19, p.183-97, 2006.

_______. O princípio da prevenção de delitos e sua configuração histórica nas medidas de segurança: interlocuções entre Criminologia e Psiquiatria. In: BOUCAULT, C. E. de A. (Org.). *História e método em pesquisa jurídica*. São Paulo: Quartier Latin, 2006.

_______. Simbolismo penal. In: BORGES, P. C. C. (Org.). *O princípio da igualdade na perspectiva penal*: temas atuais. São Paulo: Editora da Unesp, 2008.

_______. A execução das medidas de segurança no Brasil. In: BORGES, P. C. C. (Org.). *Perspectivas contemporâneas do cárcere.* No prelo.

COHEN, C.; FERRAZ, F. C.; SEGRE, M. (Orgs.). *Saúde mental, crime e justiça*. São Paulo: Edusp, 1996. (Coleção Faculdade de Medicina da USP, 3).

COROCINE, S. C. As possibilidades de tratamento em um hospital-presídio: o programa de desinternação progressiva. In: BARROS, D. M. de; RIGONATTI, S. P.; SERAFIM, A. de P. (Orgs.). *Temas em psiquiatria forense e psicologia jurídica II*. São Paulo: Vetor, 2006, p.209-19.

DE LA FUENTE, J. E. Medidas de seguridad para inimputables. *Cuadernos de Doctrina y Jurisprudencia Penal*, Buenos Aires, ano 4, n.8A, p.287-324, out. 1998.

DELGADO, P. G. G. Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil (com um apêndice sobre a questão dos cronificados). In: COSTA, N. do R.;

TUNDIS, S. A. (Org.). *Cidadania e loucura*: políticas de saúde mental no Brasil. 7.ed. Petrópolis: Vozes, 2001, p.171-202.

DEMO, P. *Introdução à metodologia da ciência*. 2.ed. São Paulo: Atlas, 1985.

DIAS, J. de F. *Questões fundamentais do direito penal revisitadas*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1999.

______. *Direito penal*: questões fundamentais, a doutrina geral do crime. Coimbra: Coimbra: 2004. v.1.

______. *Direito penal português*: as consequências jurídicas do crime. Coimbra: Coimbra, 2005. v.2.

DIAZ-MAROTO Y VILLAREJO, J. Las medidas de seguridad y corrección. *Actualidad Penal*, Madrid, n.2, p.449-63, 1991.

DIONNE, J.; LAVILLE, C. *A construção do saber*: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

DIREITOS humanos no Brasil 2003: relatório anual do Centro de Justiça Global. Rio de Janeiro: Justiça Global, 2004.

ECO, U. *Como se faz uma tese*. 20.ed. São Paulo: Perspectiva, 2005.

FERNANDES, F. A. Sobre uma opção jurídico-política e jurídico-metodológica de compreensão das ciências jurídico-criminais. In: ANDRADE, M. da C. et al. *Liber Discipulorum para Jorge de Figueiredo Dias*. Coimbra: Coimbra, 2003. p.53-83.

______. Prefácio. In: CORRÊA JÚNIOR, A. *Confisco penal*: alternativa à prisão e aplicação aos delitos econômicos. São Paulo: IBCCRIM, 2006, p.9-11.

FERRAJOLI, L. *Direito e razão*: teoria do garantismo penal. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2002.

FERRARI, E. R. Os prazos de duração das medidas de segurança e o ordenamento penal português. *Revista dos Tribunais*, São Paulo, ano 83, n.701, p.267-75, mar. 1994.

______. As medidas de segurança criminais e sua progressão executória: desinternação progressiva. In: SHECAIRA, S. S. (Org.). *Estudos criminais em homenagem a Evandro Lins e Silva (criminalista do século)*. São Paulo: Método, 2001a, p.127-33.

______. *Medidas de segurança e direito penal no Estado Democrático de direito*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001b.

FONSECA, C. Quando cada caso não é um caso: pesquisa etnográfica e educação. *Revista Brasileira de Educação*, São Paulo, n.10, p.58-78, jan./abr. 1999.

FOUCAULT, M. *Doença mental e psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1968.

FOUCAULT, M. *Vigiar e punir*: história da violência nas prisões. 26.ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

_______. *História da loucura*. 7.ed. São Paulo: Perspectiva, 2003.

FRAGOSO, H. C. *Lições de direito penal*: parte geral. 16.ed. Rio de Janeiro: Forense, 2003.

FRAYZE-PEREIRA, J. A. *O que é loucura*. São Paulo: Abril Cultural; Brasiliense, 1985.

GARRETT, A. *A entrevista, seus princípios e métodos*. 7.ed. Rio de Janeiro: Agir, 1977.

GIMENEZ GARCIA, J. Los internamientos psiquiatricos en el orden penal: medidas de seguridad acordadas en sentencia. *Actualidad Penal*, Madrid, n.1, p.29-38, 1993.

GINZBURG, C. Chaves do mistério: Morelli, Freud e Sherlock Holmes. In: ECO, U.; SEBEOK, T. (Orgs.). *O signo de três*: Dupin, Holmes, Peirce. São Paulo: Perspectiva, 1991.

GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. 7.ed. São Paulo: Perspectiva, 2003.

GOMES, L. F. Duração das medidas de segurança. *Revista de Julgados e Doutrina do Tribunal de Alçada Criminal do Estado de São Paulo*, São Paulo, n.5, p.15-24, jan./mar. 1990.

_______. Medidas de segurança e seus limites. *Revista Brasileira de Ciências Criminais*, São Paulo, ano 1, n.2, p.64-72, abr./jun. 1993.

_______. *O louco deve cumprir medida de segurança perpetuamente?* Disponível em: <http://64.233.187.104/search?q=cache:6sFUV97cDcMJ:www.mundo legal.com.br/%3FFuseAction%3DDoutrina_Detalhar%26did%3D15888+Febr%C3%B4nio+do+Brasil&hl=ptR&lr=lang_pt>. Acesso em: 26 jan. 2005.

_______.; GARCÍA-PABLOS DE MOLINA, A. *Criminologia*. 3.ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2000.

GONÇALVES, A. M. *A doença mental e a cura*: um olhar antropológico. 2004. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium30/13.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2005.

GONZÁLEZ-RIVERO, P. El fundamento de las penas y las medidas de seguridad. In: MONTEALEGRE LYNETT, E. (Org.). *El funcionalismo en derecho penal*: libro homenaje al Profesor Günther Jakobs. Bogotá: Universidad Externado de Colombia, 2003, p.57-69.

GRACIA MARTÍN, L. *Tratado de las consecuencias jurídicas del delito*. Valência: Tirant lo Blanch, 2006.

HEGGLIN, M. F. ¿Medida de seguridad o pena por tiempo indeterminado? *Cuadernos de Doctrina y Jurisprudencia Penal*, Buenos Aires, ano 2, n.3, p.355-80, 1996.

JAKOBS, G. *Sociedade, norma e pessoa*: teoria de um direito penal funcional. Barueri: Manole, 2003.

KANT, I. *Textos selecionados*. Seleção de Marilena de Souza Chauí. São Paulo: Abril Cultural, 1980.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. *Fundamentos de metodologia científica*. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2005.

______; ______. *Técnicas de pesquisa*: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2006.

LASCURAÍN SÁNCHEZ, J. A. Por un derecho penal sólo penal: derecho penal, derecho de medidas de seguridad y derecho administrativo sancionador. In: HOMENAJE AL PROFESOR DR. GONZALO RODRÍGUEZ MOURULLO. Navarra: Aranzadi, 2005, p.587-625.

LEVORIN, M. P. *Princípio da legalidade na medida de segurança*: determinação do limite máximo de duração da internação. São Paulo: Juarez de Oliveira, 2003.

______. Direitos humanos e medida de segurança. *Boletim IBCCRIM*, São Paulo, ano 12, n.141, p.6-7, ago. 2004.

LUISI, L. *Os princípios constitucionais penais*. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris, 1991.

MARCONI, M. de A. *Metodologia científica para o curso de Direito*. 2.ed. São Paulo: Atlas, 2001.

MEDEIROS, C. C. S. (Org.) *Saúde mental e o direito*: ensaios em homenagem ao Professor Heitor Carrilho. São Paulo: Método, 2004.

MELLO, C. A. B. de. *Conteúdo jurídico do princípio da igualdade*. 3.ed. São Paulo: Malheiros, 2006.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. *Resolução nº 3, de 23 de setembro de 2005*. Dispõe a respeito das diretrizes básicas para construção, ampliação e reforma de estabelecimentos penais. Disponível em: <http://www.mj.gov.br/cnpcp/legislacao/resolucoes/2005Resolu03.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2007.

______. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. *Resolução nº 5, de 4 de maio de 2004*. Dispõe a respeito das diretrizes para o cumprimento das medidas de segurança, adequando-as à previsão contida na Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001. Disponível em: <http://www.mj.gov.

br/cnpcp/main.asp?View={28D9C630-49B2-406B-91600C04F4B-DD88E}>. Acesso em: 17 jan. 2007.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. *Resolução nº 16, de 17 de dezembro de 2003*. Dispõe sobre as diretrizes básicas de Política Criminal quanto à prevenção do delito, administração da justiça criminal e execução das penas e das medidas de segurança. Disponível em: <http://www.conpen.pr.gov.br/arquivos/File/2003resolu16.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2007.

______. *Resolução nº 5, de 19 de julho de 1999*. Dispõe sobre as diretrizes básicas de Política Criminal e Penitenciária. Disponível em: <http://www.mp.pa.gov.br/caocriminal/conselhos/cnpcp/diretrizes/res-05.php>. Acesso em: 17 jan. 2007.

______. *Estabelecimentos penitenciários estaduais*: quadro geral de estabelecimentos por estado-2006/2007. Disponível em: <http://www.mj.gov.br/data/Pages/MJD574E9CEITEMI DF00F0E4AC9A0494DA41E7E8122CF5BFFPTBRNN.htm>. Acesso em: 9 nov. 2007.

______. *Estabelecimentos penitenciários estaduais*: estabelecimentos penais por estado-atualizado 2008. Disponível em: <http://www.mj. gov.br/data/Pages/MJD574E9CEITEMIDF 00F0E4AC9A0494DA41E7E8122CF5BFFPTBRNN.htm>. Acesso em: 9 nov. 2007.

______. Departamento Penitenciário Nacional. *Sistema penitenciário no Brasil*: dados consolidados: InfoPen em números 2005. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <http://www.mj.gov.br/data/Pages/MJD574E9CEITEMIDF00F0 E4AC9A0494 DA41E7E8122 CF5BFFPTBRNN.htm >. Acesso em: 9 nov. 2007.

______. *Sistema penitenciário no Brasil*: dados consolidados. InfoPen em números 2006. Brasília, DF, 2007a. Disponível em: <http://www.mj.gov.br/data/ Pages/MJD574E9CEITEMIDF 00F0E4AC9A0494DA41E7E8122CF5BFFPTBRNN.htm>. Acesso em: 9 nov. 2007.

______. *Infopen – Estatística*. 2000/2007. Disponível em: <http://www.mj.gov.br/depen/data/Pages/MJD574E9CEITEMIDC37 B2AE94C6840068B1624D28407509CPTBRNN.htm>. Acesso em: 9 nov. 2007.

______. *Sistema desenvolvido pelo MJ recebe prêmio de tecnologia*. 23 out. 2007b. Disponível em: <http://www.mj.gov.br/depen/data/Pa ges/MJFB3ADAA8ITEMID1AE5B4DF45094980 A575473809F3A483PTBRNN.htm>. Acesso em: 9 nov. 2007.

MIR PUIG, S. *Derecho penal*: parte geral. 3.ed. Barcelona: PPU, 1995.

______. Límites del normativismo em derecho penal. *Revista Brasileira de Ciências Criminais*, São Paulo, ano 15, n.64, p.197-221, jan./fev. 2007.

NOGUEIRA, A. *Medidas de segurança*. São Paulo: Saraiva, 1937.

OMS. OPAS. *Declaração de Caracas*. 1990. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=23107>. Acesso em: 16 fev. 2008.

PIEDADE JÚNIOR, H. *Personalidade psicopática, semi-imputabilidade e medida de segurança*. Rio de Janeiro, Forense, 1982.

PINHO, D. M. de. *Medidas de segurança*: teoria geral. Rio de Janeiro: Rodrigues & Cia, 1938.

RIBEIRO, B. de M. *Medidas de segurança*. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris, 1998.

RIGHI, E. El caso Althusser (la internación manicomial desde la perspectiva de alguien a quien le fue aplicada). *Cuadernos de doctrina y jurisprudencia penal*, Buenos Aires, ano 7, n.11, p.73-91, 2001.

ROBERTI, M. *A intervenção mínima como princípio no direito penal brasileiro*. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris, 2001.

ROBLEDO VILLAR, A. Las medidas de seguridad en el código penal de 1995. *Actualidad Penal*, Madrid, n.2, p.583-610, set. 1998.

RODRIGUES, A. M. *A determinação da medida da pena privativa de liberdade*. Coimbra: Universidade de Coimbra, 1995.

ROXIN, C. *Problemas fundamentais de direito penal*. 2.ed. Lisboa: Universidade de Direito e Ciência Jurídica, 1993.

_______. *Política criminal e sistema jurídico-penal*. Rio de Janeiro: Renovar, 2000.

_______. *Funcionalismo e imputação objetiva no direito penal*. 3.ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2002.

SANZ MORÁN, Á. J. Medidas de seguridad y de corrección en el código penal. *Revista de Derecho Penal*, Valladolid, n.1, p.29-47, set. 2000.

_______. Sobre la justificación de las medidas de corrección y de seguridad. In: HOMENAJE AL PROFESOR DR. GONZALO RODRÍGUEZ MOURULLO. Navarra: Aranzadi, 2005, p.969-79.

SÃO PAULO (Estado). *Decreto nº 46.046, de 23 de agosto de 2001*. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/StaticFile/integra_ddilei/decreto/2001/decreto%20n.46.046,%20de%2023.08.2001.htm>. Acesso em: 14 ago. 2007.

_______. Secretaria da Administração Penitenciária. *HCTP II de Franco da Rocha é modelo de administração*. Disponível em: <http://www.sap.sp.gov.br/common/noticias/0200-0299/not271.html>. Acesso em: 14 ago. 2007.

SARLET, I. W. *Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais*. 4.ed. rev. e atual. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2006.

SCHMIDT, A. Z. *O princípio da legalidade penal no Estado democrático de direito*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SCHÜNEMANN, B. La relación entre ontologismo y normativismo en la dogmática jurídico-penal. *Revista Brasileira de Ciências Criminais*, São Paulo, ano 11, n.44, p.11-33, jul./set. 2003.

SEITÚN, D. La indeterminación temporal de las medidas de seguridad para inimputables y el principio de proporcionalidad. *Ciencias Penales Contemporáneas, Revista de Derecho Penal, Procesal Penal y Criminología*, Mendonza, ano 4, n.7/8, p.29-77, 2004.

SERRANO, A. Í. *O que é psiquiatria alternativa*. 4.ed. São Paulo: Brasiliense, 1985.

SIERRA LÓPEZ, M. del V. Los nuevos planteamientos en la imposición y aplicación de las medidas de seguridad. *Actualidad Penal*, Madrid, n.1, p.63-77, jan. 1997.

SILVA, M. V. de O. *A instituição sinistra*: mortes violentas em hospitais psiquiátricos no Brasil. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia, 2001.

SZASZ, T. *A fabricação da loucura*. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

TOLEDO, F. de A. *Princípios básicos de direito penal*. 5.ed. São Paulo: Saraiva, 1994.

TOLEDO Y UBIETO, E. O. de. Las medidas de seguridad con arreglo al Código Penal: carácter, presupuestos y límites. *Revista del Poder Judicial*, Madrid, ano 4, n.60, p.107-35, 2000.

URRUELA MORA, A. Los principios informadores del derecho de medidas en el código penal de 1995. *Revista de Derecho Penal y Criminología*, Madrid, n.8, p.167-94, jul. 2001.

VELO, J. T. Considerações teóricas sobre a importância da psicanálise para o juízo de imputabilidade. *Revista Brasileira de Ciências Criminais*, São Paulo, ano 11, n.44, p.237-66, jul./set. 2003.

ZAFFARONI, E. R. El sistema penal en los países de América Latina. In: ARAUJO JUNIOR, J. M. de (Org.). *Sistema penal para o terceiro milênio*: atos do colóquio Marc Ancel. 2.ed. Rio de Janeiro: Revan, 1991, p.221-36.

______; PIERANGELI, J. H. *Manual de direito penal brasileiro*: parte geral. 3.ed. rev. e atual. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001.

ZARZUELA, J. L. *Semi-imputabilidade*: aspectos penais e criminológicos. Campinas: Julex Livros, 1988.

Apêndices

Apêndice A

Termo de compromisso firmado junto à Secretaria de Administração Penitenciária

TERMO DE COMPROMISSO

MICHELE CIA, brasileira, solteira, advogada e professora universitária, mestranda da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (UNESP), portadora do Registro Geral nº 34309008-9 e do Cadastro de Pessoas Físicas nº 297398098-47, compromete-se a realizar a pesquisa nas dependências do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico II de Franco da Rocha conforme as normas de segurança e disciplina desse mesmo hospital, que serão observadas de forma rigorosa. Registre-se que a pesquisa realizada no Hospital referido tem por finalidade única e exclusivamente a conclusão do mestrado, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Direito da UNESP. A pesquisa de campo foi devidamente autorizada pelas autoridades competentes, a saber: Dra. Solange A. G. M Pongelupi (Coordenadora de Saúde da Administração Penitenciária), Dr. Luiz Roberto Simões Dias (Juiz Titular da 5ª Vara das Execuções Criminais e Corregedoria dos Presídios da Capital) e Dra. Maria Cherubina de Lima Alves (Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do Uni-FACEF). Compromete-se a pesquisadora a manter absoluto sigilo a respeito das identidades dos pacientes e profissionais envolvidos na pesquisa, identidades essas que não constarão da redação do trabalho final de conclusão do mestrado, denominado dissertação de mestrado, tampouco em anexo. Ademais, obriga-se a não divulgar os dados tidos por sigilosos, registrando-se que uma cópia da dissertação de mestrado fará parte do acervo da Biblioteca da Faculdade de História, Direito e Serviço Social da UNESP, por determinação regimental do Programa de Pós-Graduação em Direito, assim como poderá futuramente vir a ser objeto de publicação científica. Compromete-se a obedecer, no que couber, as disposições da Resolução nº 196, do Conselho Nacional de Saúde, nos termos do projeto de pesquisa anexado. Obriga-se também a, depois de finda a pesquisa, enviar cópia de todo o material coletado à Coordenadoria de Saúde da Administração Penitenciária, na forma apostilada, assim como cópia da dissertação de mestrado.

Americana, 14 de dezembro de 2007.

MICHELE CIA

Apêndice B

Modelo do termo de consentimento livre e esclarecido exarado pelos entrevistados

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

A pesquisa que será realizada por Michele Cia, para conclusão de sua Pós-Graduação em Direito, tem como objetivo entender a história da desinternação progressiva, o porquê de sua criação, suas principais características, suas conquistas no tratamento do doente mental e suas imperfeições. Esse conhecimento é importante para a Ciência do Direito para a elaboração de políticas públicas eficazes no controle dos fatos delituosos praticados pelos doentes mentais. Como se trata de tema pouco conhecido no âmbito acadêmico, é extremamente importante ouvir os profissionais que lidam com a desinternação progressiva, razão pela qual convidamos Vossa Senhoria a participar da realização de uma entrevista, tendo por objeto o tema apresentado. O desconforto que se pode prever nesse tipo de pesquisa é a disponibilidade de tempo para sua realização, ficando a critério do entrevistado, caso consinta em realizar a entrevista, marcar dia e hora para sua realização. A entrevista será realizada pela pesquisadora, em sala reservada, podendo a qualquer tempo o entrevistado interrompê-la. A pesquisadora responsável se compromete a não revelar a identidade ou o nome do entrevistado, em nenhuma hipótese ou situação, seja na elaboração do relatório de pesquisa (dissertação), seja em qualquer outra circunstância, deixando claro que o termo de consentimento se destina tão somente a autorizar a entrevista e a utilização do seu conteúdo na pesquisa. Sendo assim, uma cópia ficará com o entrevistado, e a outra cópia ficará com a pesquisadora, para ser arquivada, não tendo nenhuma publicidade. Além disso, é direito do entrevistado exigir esclarecimentos sobre a pesquisa a qualquer momento, mesmo durante a realização da entrevista, para que preserve amplo entendimento sobre os procedimentos e objetivos da

mesma. O indivíduo convidado à entrevista tem ampla liberdade em recusar sua participação, não tendo por isso nenhum tipo de penalização, bastando simplesmente não assinar o presente termo de consentimento. Caso consinta e assine o termo, o entrevistado pode retirar posteriormente seu consentimento, em qualquer fase do andamento da pesquisa, bastando para isso comunicar a pesquisadora responsável, independentemente de qualquer justificativa. Para segurança de ambos, nesse caso elaborar-se-á um documento registrando a retirada do consentimento, com a consequência de não poder ser usado o conteúdo da entrevista, caso já realizada.

A pesquisadora responsável poderá gravar a entrevista, através de aparelho gravador, somente se o entrevistado consentir com tal procedimento, bastando para isso assinalar o campo respectivo. A gravação da entrevista destina-se tão somente a facilitar o registro de seu conteúdo, para que nenhuma informação dada pelo entrevistado se perca. A pesquisadora compromete-se a não reproduzir em nenhuma hipótese a gravação para outras pessoas ou instituições. O entrevistado pode, sem qualquer justificativa, recusar a gravação da entrevista, bastando para isso comunicar a pesquisadora, ainda que tenha anteriormente autorizado a gravação no presente termo de consentimento. Finalmente, o entrevistado responderá apenas as perguntas que julgar convenientes, ou que se sinta à vontade para responder. Na hipótese de não querer responder a alguma pergunta, basta fazer um sinal indicativo da recusa ou pedir a próxima pergunta, sem qualquer tipo de penalização. Também poderá dar qualquer outra declaração, ainda que não tenha sido perguntado diretamente pela pesquisadora.

Identificação da pesquisa

Título do Projeto: "A Desinternação Progressiva como Alternativa para a Obrigação Político-Criminal do Estado frente aos Atos Praticados por Inimputáveis"
Pesquisador Responsável: Michele Cia

Cargo/Função: aluna do Programa de Pós-Graduação em Direito (Mestrado)
Endereço:
Telefone para contato:
Instituição: Faculdade de História, Direito e Serviço Social da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho"
Orientador da pesquisa: Prof. Dr. Fernando Andrade Fernandes

Identificação do sujeito da pesquisa
(profissional a ser entrevistado)

Nome: ____

Documento de Identidade: ______________________________

Sexo: _________________ Data de Nascimento: ______________

Endereço: ____

Telefone para contato: _________________________________

( ) NÃO autorizo a gravação da entrevista através de aparelho gravador.

( ) AUTORIZO a gravação da entrevista através de aparelho gravador.

Nos termos do presente documento, dou meu consentimento para que a pesquisadora me entreviste e utilize o conteúdo da entrevista em sua pesquisa.

Franco da Rocha, ________ de ______________________ de 2008.

____
(profissional)

Assinatura da pesquisadora: ______________________________

Apêndice C

Controle de visitas ao Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico II de Franco da Rocha

Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho"
Faculdade de História, Direito e Serviço Social
Controle de visitas ao Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico II de Franco da Rocha
Mestranda: Michele Cia

Nome	Data	Entrada	Saída	Assinatura
Michele Cia	17/12/07	10:00	15:00	Michele Cia
Michele Cia	26/12/07	9:00	18:00	Michele Cia
Michele Cia	09/01/08	8:00	16:15	Michele Cia
Michele Cia	10/01/08	8:30	14:30	Michele Cia
Michele Cia	11/01/08	8:30	16:00	Michele Cia
Michele Cia	14/01/08	7:40	16:45	Michele Cia
Michele Cia	16/01/08	8:45	16:30	Michele Cia
Michele Cia	18/01/08	9:00	16:30	Michele Cia

Katia Angelina dos Reis Neves Puga
RG: 9.686.302
Diretor Técnico de Divisão
18.01.08

Anexos

Anexo A
Portaria 09/2003

PODER JUDICIÁRIO

SÃO PAULO

VARA DAS EXECUÇÕES CRIMINAIS DE SÃO PAULO

DEPARTAMENTO TÉCNICO DE APOIO AO SERVIÇO DE EXECUÇÕES CRIMINAIS- DECRIM

Av. Brigadeiro Luis Antonio. 1813- Bela Vista- Capital- São Paulo-Fone- 253-8633/288-2923-fax- 2538618

PORTARIA nº 09 /2003

O Doutor MIGUEL MARQUES E SILVA, Meritíssimo Juiz de Direito da Vara das Execuções Criminais e Corregedoria dos Presídios da Capital do Estado de São Paulo, no uso de suas atribuições que lhe são conferidas pelo artigo 66, inciso VI e VII, da Lei nº 7.210/84, e,

CONSIDERANDO a moderna terapêutica empregada para o tratamento de doentes mentais, aprovada pela ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, em que não se evidencia a necessidade da mantença de doentes mentais em hospitais de custódia além do tempo mínimo necessário à contenção de eventual surto patológico;

CONSIDERANDO que existe experiência em andamento desde 1989 no sentido de fazer transferir sentenciados em cumprimento de medida de segurança para Colônia de Desinternação Progressiva, que, a rigor, faz as vezes de regime intermediário de cumprimento de sanção, oportunidade em que se pode avaliar a futura reinserção do interno no meio social;

CONSIDERANDO que tal experiência merece a aprovação deste Juízo, carecendo tão somente de regulamentação;

CONSIDERANDO que já existe, fisicamente, estabelecimento penal destinado ao recolhimento dos sentenciados submetidos à Colônia de Desinternação Progressiva, qual seja, Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Franco da Rocha II;

CONSIDERANDO, finalmente, que a experiência de desinternação domiciliar realizada com pacientes da chamada "Colônia Normativa" do H.C.T.P. de Franco da Rocha, carece de regulamentação;

PODER JUDICIÁRIO
SÃO PAULO

RESOLVE

Artigo 1°- Fica instituída, no âmbito dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Estado de São Paulo, a possibilidade de transferência de paciente, quer do sexo masculino quanto do sexo feminino, submetido a medida de segurança para a Colônia de Desinternação Progressiva;

Artigo 2°- A transferência do paciente dependerá, sempre, de determinação judicial, que será concedida à luz de relatório circunstanciado oriundo do frenocômio que o abriga, subscrito por um médico psiquiatra, um psicólogo, um assistente social e por um diretor de segurança do estabelecimento;

Artigo 3°- A transferência do paciente para a Colônia de Desinternação Progressiva poderá ser efetivada a qualquer tempo, durante o período de cumprimento da medida de segurança;

Artigo 4°- A permanência do paciente em Colônia de Desinternação Progressiva deverá seguir o regulamento interno estabelecido em projeto apresentado pelo H.C.T.P. de FRANCO DA ROCHA, nos autos do Processo n° C-504/98, a fls. 191/199, que fica fazendo parte integrante da presente Portaria;

Artigo 5°- Aos pacientes do Hospital de Custódia e Tratamernto Psiquiátrico de Franco da Rocha I fica autorizada a desinternação progressiva domiciliar, que passa a ser denominada de licença terapêutica;

Artigo 6°- A licença terapêutica consistirá na autorização judicial, após análise de relatório circunstanciado da equipe médica daquele frenocômio, para que pacientes que não estejam em condições de serem transferidos para a Colônia de Desinternação Progressiva possam visitar seus familiares, acompanhados de funcionários do estabelecimento hospitalar por, no máximo dois finais de semana por mês;

Artigo 7°- Dessas visitas será elaborado relatório, dirigido ao Juízo da Execução Criminal, com parecer sobre a evolução do paciente, com vistas à sua remoção para Colônia de Desinternação Progressiva ou Desinternação Condicional;

Artigo 8°- O relatório mencionado no artigo 7° será remetido ao Juízo ao final de cada mês subseqüente à licença autorizada, para avaliação judicial;

Artigo 5°- Esta Portaria entra em vigor nesta data.

PODER JUDICIÁRIO
SÃO PAULO

Artigo 6º- Registre-se. Cumpra-se. Comunique-se, com cópia à Egrégia Corregedoria Geral da Justiça. Cientifiquem-se o Ministério Público, a Procuradoria da Assistência Judiciária, e à Secretaria de Administração Penitenciária.

São Paulo, 09 de junho de 2003.

MIGUEL MARQUES E SILVA
Juiz de Direito Corregedor dos Presídios da Capital

Anexo B
Decreto estadual nº 46.046

DECRETO N.º 46.046, DE 23 DE AGOSTO DE 2001

Cria e organiza, na Secretaria da Administração Penitenciária, o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico II de Franco da Rocha e dá providências correlatas.

GERALDO ALCKMIN, governador do Estado de São Paulo, no uso de suas atribuições legais,

Decreta:

CAPÍTULO I

Disposições preliminares

Artigo 1º – Fica criado, na Secretaria da Administração Penitenciária, diretamente subordinado ao Diretor do Departamento de Assistência à Saúde do Sistema Penitenciário, da Coordenadoria de Saúde do Sistema Penitenciário, o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico II de Franco da Rocha.

Parágrafo único – A unidade de que trata este artigo tem nível de Divisão Técnica.

Artigo 2º – O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico II de Franco da Rocha é um estabelecimento penal destinado ao cumprimento do tratamento de internos/pacientes inimputáveis dos sexos masculino e feminino portadores de patologias clínicas associadas à doença mental.

CAPÍTULO II

Da estrutura

Artigo 3º – O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico II de Franco da Rocha tem a seguinte estrutura:

I – Comissão de Ética Médica;

II – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;

III – Comissão de Revisão de Prontuários;

IV – Assistência Técnica;

V – Núcleo de Atendimento à Saúde, com:

a) Equipe de Nutrição e Dietética;

b) Equipe de Enfermagem;

VI – Núcleo de Atendimento Multidisciplinar;

VII – Núcleo de Segurança e Disciplina, com:

a) Equipe de Controle;

b) Equipe de Vigilância;

c) Equipe de Portaria;

d) Equipe Auxiliar de Segurança;

VIII – Núcleo de Perícias, com:

a) Equipe de Informações Médicas e Judiciais;

b) Equipe de Prontuários;

IX – Núcleo Administrativo, com:

a) Equipe de Conservação e Manutenção;

b) Equipe de Contas Bancárias dos Presos;

c) Equipe de Lavanderia;

X – Núcleo de Pessoal.

§ 1º – As Equipes de Vigilância e de Portaria funcionarão, cada uma, em 4 (quatro) turnos.

§ 2º – Os Núcleos de Atendimento à Saúde, Atendimento Multidisciplinar e de Segurança e Disciplina contam, cada um, com uma Célula de Apoio Administrativo.

§ 3º – As Células de Apoio Administrativo não se caracterizam como unidades administrativas.

CAPÍTULO III

Dos níveis hierárquicos

Artigo 4º – As unidades do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico II de Franco da Rocha têm os seguintes níveis hierárquicos:

I – de Serviço Técnico de Saúde:

a) o Núcleo de Atendimento à Saúde;

b) o Núcleo de Atendimento Multidisciplinar;

c) o Núcleo de Perícias.

II – de Serviço:

a) o Núcleo de Segurança e Disciplina;

b) o Núcleo Administrativo;

c) o Núcleo de Pessoal.

III – de Equipe Técnica de Saúde:

a) a Equipe de Nutrição e Dietética;

b) a Equipe de Enfermagem.

IV – de Seção Técnica, a Equipe de Informações Médicas e Judiciais:

V – de Seção:

a) a Equipe de Controle;

b) a Equipe de Vigilância;

c) a Equipe de Portaria;

d) a Equipe Auxiliar de Segurança;

e) a Equipe de Prontuários;

f) a Equipe de Conservação e Manutenção;

g) a Equipe de Contas Bancárias dos Presos;

h) a Equipe de Lavanderia.

CAPÍTULO IV

Das atribuições

SEÇÃO I

Do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico II de Franco da Rocha

Artigo 5º – O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico II de Franco da Rocha tem as seguintes atribuições:

I – elaborar regras e normas que viabilizem a execução das condutas terapêuticas;

II – elaborar projetos de condutas terapêuticas para cada paciente/preso e seus respectivos familiares;

III – elaborar estudos de casos que aprofundem o conhecimento técnico das patologias atendidas;

IV – deliberar sobre as saídas de pacientes/presos referentes a trabalho, visita domiciliar e passeios;

V – orientar os servidores, que tratam diretamente com os pacientes/presos, sobre sua participação nas condutas terapêuticas;

VI – esclarecer os pacientes/presos sobre as regras e normas que norteiam o tratamento;

VII – elaborar relatórios gerais ou individuais para fins judiciais;

VIII – acompanhar as patologias clínicas que acometem os internos/pacientes inimputáveis, em estreito relacionamento com a estrutura do Sistema Único de Saúde – SUS, local.

SEÇÃO II

Da Assistência Técnica

Artigo 6º – A Assistência Técnica tem as seguintes atribuições:

I – assistir o Diretor no desempenho de suas funções;

II – analisar processos, realizar estudos e desenvolver atividades que se caracterizem como apoio técnico e administrativo à

execução, controle e avaliação das atividades do estabelecimento penitenciário;

III – acompanhar e avaliar as atividades da unidade prisional;

IV – verificar a regularidade das atividades técnicas e administrativas da unidade prisional;

V – manter contatos com dirigentes da Fundação "Professor Doutor Manoel Pedro Pimentel" – Funap, objetivando integrar a atuação da entidade no estabelecimento penitenciário;

VI – efetuar contatos com gerentes de estabelecimentos bancários oficiais com objetivo de manter abertas contas correntes de presos;

VII – efetuar estudos e propor atualizações tecnológicas para a melhoria das atividades de informática;

VIII – identificar as falhas e quebras dos equipamentos de informática e providenciar sua manutenção;

IX – elaborar planos e programação de manutenção preventiva e corretiva nos microcomputadores;

X – avaliar o desempenho dos equipamentos e o teleprocessamento;

XI – apurar as irregularidades funcionais, através de sindicância administrativa e procedimentos disciplinares dos custodiados.

SEÇÃO III
Do Núcleo de Atendimento à Saúde

Artigo 7º – O Núcleo de Atendimento à Saúde tem as seguintes atribuições:

I – prestar assistência médica integral, bem como executar plano terapêutico dos pacientes/presos;

II – consolidar e aplicar programas de medicina preventiva e educação sanitária;

III – realizar o diagnóstico e o tratamento de afecções buco-maxilo-faciais;

IV – promover a higiene buco-dentária;

V – realizar tratamento protético;

VI – propor o encaminhamento e a remoção de pacientes/presos portadores de intercorrências clínicas a serem tratadas em outros hospitais;

VII – fornecer relatórios médicos;

VIII – classificar doenças, causas de mortes e outros dados;

IX – zelar pela higiene e salubridade do estabelecimento, fiscalizando, permanentemente, suas dependências e elaborando relatórios periódicos a respeito;

X – desenvolver trabalhos de vigilância epidemiológica;

XI – promover a adoção de medidas de prevenção de infecções;

XII – prescrever a vacinação dos servidores e dos pacientes/presos;

XIII – estabelecer contatos para a vacinação dos servidores e dos pacientes/presos;

XIV – atender intercorrências clínico-psiquiátricas que se manifestarem nos pacientes/presos;

XV – acompanhar a evolução clínica de pacientes/presos que tenham sido transferidos a outras unidades, temporariamente, para consulta ou internação especializada;

XVI – manter relacionamento com equipes médicas especializadas das unidades do Sistema Único de Saúde – SUS local;

XVII – assistir outros Hospitais de Custódia no acompanhamento e/ou transferência dos internos/pacientes inimputáveis a unidades de saúde especializadas;

XVIII – orientar ou realizar a coleta de material para exames;

XIX – realizar tratamento médico de pacientes/presos que necessitem de tratamento intensivo e cuidados especiais;

XX – prestar atendimento de urgência a pacientes/presos;

XXI – proceder à avaliação dos casos clínicos e cirúrgicos;

XXII – contribuir para a assistência global à saúde dos pacientes/presos;

XXIII – proceder à avaliação dos pacientes/presos e organizar e controlar a documentação clínica;

XXIV – observar e controlar a execução das instruções técnicas estabelecidas para os equipamentos, aparelhos e instrumental utilizados pela unidade, bem como mantê-los em perfeitas condições de uso;

XXV – providenciar, quando for o caso, radiografias e interpretar seus resultados;

XXVI – elaborar e distribuir relatórios diários de ocorrências;

XXVII – em relação aos medicamentos:

a) aviar receitas prescritas pelos médicos;

b) manter e controlar os estoques de medicamentos, de acordo com as normas vigentes;

c) observar e controlar os prazos de validade constantes nas embalagens dos medicamentos.

XXVIII – por meio da Equipe de Nutrição e Dietética:

a) programar a elaboração das dietas normais e especiais aos pacientes/presos e aos servidores;

b) participar de programas de educação sobre nutrição;

c) prestar assistência nutricional aos pacientes/presos;

d) prever, requisitar, receber, armazenar e controlar os estoques, em qualidade e quantidade, dos gêneros alimentícios e dos materiais;

e) controlar a qualidade e a quantidade dos gêneros alimentícios recebidos;

f) providenciar as medidas necessárias quanto ao fornecimento de mercadorias em desacordo;

g) preparar e distribuir as dietas alimentares;

h) controlar a qualidade e o número de refeições servidas;

i) zelar pela qualidade e higiene da alimentação distribuída, bem como pela correta utilização dos mantimentos, aparelhos e utensílios;

j) manter a limpeza dos aparelhos, utensílios e dos locais de trabalho;

l) registrar dados de suas atividades.

XXIX – por meio da Equipe de Enfermagem:

a) prestar assistência integral e ininterrupta de enfermagem aos pacientes/presos, aplicando o tratamento médico prescrito;

b) prestar cuidados especiais aos pacientes/presos que necessitem de atendimento intensivo e semi-intensivo;

c) colaborar no tratamento dos pacientes/presos e providenciar a execução das prescrições médicas;

d) proporcionar aos pacientes/presos ambientes favoráveis a seu tratamento e recuperação;

e) acompanhar os pacientes/presos portadores de intercorrências clínicas, em trânsito para outros hospitais;

f) orientar pacientes/presos e familiares quanto ao tratamento e às medidas preventivas que visem conservar a saúde;

g) orientar os pacientes/presos e familiares sobre a reabilitação;

h) participar de procedimentos relativos à vigilância epidemiológica, no que couber à enfermagem;

i) colher material para exames de laboratório;

j) participar de atividades que visem ao diagnóstico das doenças e orientação terapêutica;

l) assegurar condições adequadas de conservação e manuseio do material esterilizado;

m) colaborar com o controle da movimentação dos pacientes/presos, fornecendo dados para os levantamentos estatísticos;

n) registrar, nos prontuários dos pacientes/presos, fatos e informações que auxiliem no diagnóstico e tratamento;

o) manter estoque mínimo necessário de roupas, materiais e medicamentos, exercendo controle diário sobre os mesmos;

p) zelar pela limpeza e higienização dos instrumentos das unidades de atendimento;

q) orientar a limpeza e a higienização das unidades de atendimento;

r) manter a limpeza e a higiene dos pacientes/presos;

s) efetuar levantamento de dados estatísticos e relatórios referentes às atividades de enfermagem;

t) elaborar, diariamente, relatórios de ocorrências;

u) zelar pela guarda e manutenção das roupas dos pacientes/presos;

v) colaborar com o corpo clínico no atendimento de pacientes/presos;

x) registrar dados de suas atividades.

SEÇÃO IV
Do Núcleo de Atendimento Multidisciplinar

Artigo 8° – O Núcleo de Atendimento Multidisciplinar tem as seguintes atribuições:

I – avaliar a evolução de cada paciente/preso, desenvolvendo ações para a melhoria de seu processo de evolução, visando a sua desinternação;

II – observar e registrar a reação dos pacientes/presos aos programas em execução;

III – atuar em parceria com as outras áreas do estabelecimento, visando ao tratamento integrado aos pacientes/presos;

IV – anotar nos prontuários de evolução dos pacientes/presos, observações que contribuam para uma melhor compreensão de cada caso;

V – participar na aplicação de programas de medicina preventiva e educação sanitária;

VI – registrar dados e manter arquivo sobre suas atividades;

VII – prestar orientação e acompanhamento aos pacientes/presos, seus familiares e servidores envolvidos com o tratamento;

VIII – recepcionar o paciente/preso e situá-lo na instituição através de entrevista de inclusão;

IX – participar das reuniões técnicas multidisciplinares para discussão de casos, avaliação da dinâmica institucional e elaboração das normas de funcionamento internas;

X – acompanhar, semanalmente, o grupo de pacientes/presos que lhe for designado, avaliando-os para as saídas da instituição e para a desinternação progressiva domiciliar;

XI – supervisionar as atividades desenvolvidas por aprimorados e estagiários em Psicologia, Assistência Social, Terapia Ocupacional e Educação Física;

XII – efetuar avaliação psicológica dos pacientes/presos para compor os pareceres de verificação da cessação de periculosidade;

XIII – planejar e executar programas de intervenção psicológica aos pacientes/presos e seus familiares, visando à desinternação;

XIV – elaborar relatório social dos pacientes/presos para compor os pareceres de verificação da cessação de periculosidade;

XV – planejar e executar programas de intervenção social aos pacientes/presos e seus familiares, efetuando as visitas domiciliares necessárias, visando à desinternação;

XVI – orientar os pacientes/presos e seus familiares sobre os procedimentos de desinternação definitiva, alvará de soltura, continuação do tratamento de saúde e seguridade social, segundo a Lei Orgânica da Assistência Social (Lei Federal nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993);

XVII – pesquisar elementos para subsidiar o diagnóstico;

XVIII – orientar e subsidiar os pacientes/presos para providenciar seus documentos pessoais;

XIX – manter contatos com instituições congêneres e de saúde;

XX – incentivar a realização de parcerias com a sociedade civil organizada com o intuito de colocar os pacientes trabalhando;

XXI – elaborar relatório ocupacional dos pacientes para compor o parecer de verificação da cessação da periculosidade;

XXII – prestar orientação e acompanhamento ocupacional aos pacientes/presos, seus familiares e servidores envolvidos no tratamento;

XXIII – planejar e executar programa de terapia ocupacional aos pacientes/presos, visando a sua desinternação;

XXIV – elaborar relatório de atividades dos pacientes/presos para compor o parecer de verificação da cessação da periculosidade;

XXV – elaborar e executar programas esportivos e de recreação para a recuperação e o desenvolvimento das condições físicas dos pacientes, visando a sua desinternação;

XXVI – planejar e executar programas de festividades comemorativas de caráter cívico e cultural, de competições esportivas, visitas, passeios, excursões e apresentações artísticas, esportivas, culturais e educacionais;

XXVII – articular, junto às instituições de ensino público e particular da região, a inclusão dos pacientes/presos em seus programas de ensino fundamental, médio, supletivo e profissionalizante.

SEÇÃO V
Do Núcleo de Segurança e Disciplina

Artigo 9º – O Núcleo de Segurança e Disciplina tem as seguintes atribuições:

I – por meio da Equipe de Controle:

a) receber e conferir documentos referentes à internação de pacientes/presos;

b) registrar e encaminhar à enfermagem os objetos destinados aos pacientes/presos;

c) encaminhar os novos pacientes/presos para as unidades envolvidas no processo de internação;

d) comunicar, aos órgãos interessados, as internações dos pacientes/presos;

e) administrar a rouparia dos pacientes/presos;

f) organizar e manter atualizado o cadastro dos pacientes/presos;

g) registrar e fornecer informações relativas à população de pacientes/presos e sua movimentação;

h) elaborar e manter atualizados os quadros demonstrativos do movimento carcerário;

i) receber, guardar e devolver, nos casos de liberdade, os pertences dos pacientes/presos.

II – por meio da Equipe de Vigilância:

a) em relação às atividades gerais da unidade:

1. manter a ordem, segurança e disciplina;

2. preparar o boletim de ocorrências diárias;

3. elaborar quadros demonstrativos relacionados com as atividades da unidade.

b) em relação aos pacientes/presos:

1. zelar pelo regime disciplinar;

2. fiscalizar as visitas;

3. executar sua movimentação, comunicando à unidade de controle as alterações ocorridas;

4. escoltar os presos em trânsito interno;

5. conferir, diariamente, e manter atualizado o quadro da população carcerária.

c) em relação à segurança do estabelecimento:

1. inspecionar, diariamente, suas condições;

2. operar e controlar os serviços de telefonia e som;

III – por meio da Equipe de Portaria:

a) atender ao público em geral;

b) realizar revistas na portaria, à entrada e saída de pacientes/presos, veículos e volumes, bem como aos servidores e visitas;

c) recepcionar os que se dirigem ao estabelecimento, inclusive pacientes/presos, acompanhando-os às unidades a que se destinam;

d) anotar as ocorrências de entradas e saídas do estabelecimento;

e) receber e encaminhar, à Equipe de Controle, os objetos destinados aos pacientes/presos;

f) receber a correspondência dos servidores e dos pacientes/presos;

g) distribuir a correspondência dos servidores;

h) manter registro de identificação de servidores do estabelecimento e das pessoas autorizadas a visitar os pacientes/presos;

i) administrar a rouparia dos agentes de segurança penitenciária e demais servidores.

IV – por meio da Equipe Auxiliar de Segurança:

a) efetuar a conservação de instalações, aparelhos, máquinas e equipamentos elétricos e eletrônicos em geral;

b) conservar os sistemas de fornecimento de energia elétrica em regime de emergência;

c) zelar pelo uso adequado e conservação dos elevadores;

d) efetuar a conservação do sistema de comunicações;

e) conservar as instalações elétricas;

f) em relação à hidráulica, conservar as instalações;

g) em relação à oficina de chaves, providenciar a confecção de chaves e a instalação ou substituição de fechaduras.

SEÇÃO VI
Do Núcleo de Perícias

Artigo 10 – O Núcleo de Perícias tem as seguintes atribuições:

I – promover a realização de perícias psiquiátricas com o Núcleo de Atendimento Multidisciplinar, nos termos da legislação pertinente, incluindo pareceres de verificação de cessação de periculosidade e informações sobre condições atuais;

II – por meio da Equipe de Informações Médicas e Judiciais:

a) manter registros da admissão e dos fatos referentes aos pacientes/presos;

b) zelar pela clareza e exatidão dos prontuários médicos;

c) fornecer dados necessários ao preenchimento de documentação de caráter legal;

d) coletar e classificar dados estatísticos para a elaboração de relatórios e de gráficos elucidativos;

e) produzir informações, de acordo com o sistema estabelecido;

f) zelar pelo sigilo das informações contidas nos prontuários;

g) zelar pela ordenação, guarda e conservação dos prontuários dos pacientes/presos;

h) receber as peças processuais dos réus e inimputáveis que devem ser submetidos à observação para efeito de laudos periciais, bem como informar sobre a ausência das mesmas;

i) requisitar, do Poder Judiciário, as peças processuais;

j) fornecer, ao médico psiquiatra designado perito-relator, as peças processuais e outros documentos necessários à realização da perícia;

l) requisitar e distribuir os prontuários de pacientes/presos, para realização de perícias médicas ou para observância de dispositivos legais determinados pelas autoridades judiciárias;

m) organizar e manter registros atualizados sobre as perícias;

n) providenciar o atendimento das solicitações feitas pelo Poder Judiciário;

o) acompanhar a situação processual dos pacientes/presos, objetivando seu adequado atendimento.

III – por meio da Equipe de Prontuários:

a) organizar e manter atualizados os prontuários penitenciários dos pacientes/presos;

b) executar serviços de comunicação;

c) providenciar para que constem dos prontuários todos os elementos que contribuam para o estudo da situação processual do paciente/preso;

d) verificar a compatibilidade dos alvarás de soltura com os elementos constantes do prontuário penitenciário;

e) verificar a autenticidade de documentos a serem inseridos no prontuário penitenciário;

f) fornecer, mediante autorização do Diretor do estabelecimento, informações e certidões relativas à situação processual dos pacientes/ presos;

g) prestar ou solicitar informações, quando for o caso, à unidade incumbida de manter os prontuários criminológicos;

h) manter a guarda e conservar os prontuários penitenciários e os Cartões de Identificação;

i) providenciar o encaminhamento dos prontuários dos pacientes/presos, quando de sua movimentação para outro estabelecimento penal.

SEÇÃO VII
Do Núcleo Administrativo

Artigo 11 – O Núcleo Administrativo tem as seguintes atribuições:

I – em relação ao patrimônio:

a) cadastrar e chapear o material permanente e os equipamentos recebidos;

b) manter intercâmbio dos bens móveis, controlando sua movimentação;

c) verificar, periodicamente, o estado dos bens móveis, imóveis e equipamentos, adotando as providências para sua manutenção, substituição ou baixa patrimonial;

d) providenciar o seguro dos bens móveis e imóveis e promover outras medidas administrativas necessárias à defesa dos bens patrimoniais;

e) proceder, periodicamente, ao inventário de todos os bens móveis constantes do cadastro;

f) providenciar o arrolamento de bens inservíveis, observando a legislação específica.

II – em relação ao protocolo:

a) receber, registrar, classificar, autuar, controlar a distribuição e expedir papéis e processos;

b) receber e expedir malotes, correspondência externa e volumes em geral;

c) informar sobre a localização de papéis e processos.

III – em relação ao arquivo:

a) arquivar papéis e processos;

b) preparar certidões de papéis e processos.

IV – em relação ao Sistema de Administração dos Transportes Internos Motorizados, as previstas no artigo 9º do Decreto nº 9.543, de 1º de março de 1977;

V – por meio da Equipe de Conservação e Manutenção:

a) em relação à conservação, verificar o estado dos prédios, das instalações, dos móveis, dos objetos, bem como dos equipamentos e dos aparelhos, tomando as providências necessárias para sua conservação ou preservação;

b) em relação à pintura, executar serviços de pintura externa e interna dos edifícios e suas instalações;

c) em relação à alvenaria:

1. executar os serviços de alvenaria, revestimentos e coberturas;

2. conservar passeios, guias, cercas, muros e similares.

d) em relação à limpeza interna:

1. executar, diariamente, os serviços de limpeza e arrumação das dependências;

2. zelar pela correta utilização de equipamentos e materiais de limpeza;

3. promover a guarda do material de limpeza e controlar seu consumo.

VI – por meio da Equipe de Contas Bancárias dos Presos:

a) manter o controle do numerário pertencente aos pacientes/presos, bem como de seu pecúlio;

b) providenciar o depósito, em caderneta de poupança de estabelecimento bancário oficial, de dinheiro trazido pelo paciente/preso quando de sua entrada e do saldo de sua remuneração.

VII – por meio da Equipe de Lavanderia:

a) receber, registrar roupas, lavar e passar;

b) revisar, periodicamente, o estado das roupas sob sua guarda, procedendo aos consertos;

c) armazenar, distribuir e controlar o estoque de roupas;

d) confeccionar as roupas de uso dos pacientes/presos.

Parágrafo único – O Núcleo Administrativo é órgão detentor do Sistema de Administração dos Transportes Internos Motorizados.

SEÇÃO VIII
Do Núcleo de Pessoal

Artigo 12 – O Núcleo de Pessoal tem as atribuições previstas nos artigos 11 a 16 do Decreto nº 42.815, de 19 de janeiro de 1998.

Parágrafo único – O Núcleo de Pessoal é órgão subsetorial do Sistema de Administração de Pessoal.

SEÇÃO IX
Das Células de Apoio Administrativo

Artigo 13 – As Células de Apoio Administrativo têm as seguintes atribuições:

I – preparar o expediente das respectivas unidades;

II – receber, registrar, distribuir e expedir papéis e processos;

III – manter registros sobre a frequência e as férias dos servidores;

IV – preparar escalas de serviço;

V – estimar a necessidade de material permanente;

VI – manter registro do material permanente e comunicar à unidade competente a sua movimentação;

VII – fiscalizar os serviços prestados por terceiros e atestar sua qualidade e execução;

VIII – desenvolver outras atividades características de apoio administrativo.

CAPÍTULO V
Das comissões

Artigo 14 – As Comissões de Ética Médica, de Controle de Infecção Hospitalar e de Revisão de Prontuários têm a composição e as atribuições definidas pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.

Parágrafo único – As funções de membros das Comissões não são remuneradas, sendo, porém, consideradas como serviço público relevante.

CAPÍTULO VI
Das competências

SEÇÃO I
Do diretor do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico II de Franco da Rocha

Artigo 15 – Ao diretor do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico II de Franco da Rocha, além de suas competências específicas e de outras que lhe forem conferidas por lei ou decreto, compete:

I – gerir técnica e administrativamente o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico II de Franco da Rocha, promovendo a adoção de medidas para garantir a totalidade e a integralidade da prestação de serviços hospitalares a seus pacientes/presos;

II – orientar e acompanhar as atividades subordinadas;

III – garantir o cumprimento das competências específicas definidas por legislação própria;

IV – expedir normas de funcionamento das unidades subordinadas;

V – criar comissões não permanentes e grupos de trabalho;

VI – promover parcerias com a Sociedade Civil Organizada, com o intuito de melhorar as condições de tratamento bio-psicossocial e cultural dos pacientes/presos;

VII – encaminhar papéis e processos aos órgãos competentes para manifestação sobre assuntos neles tratados;

VIII – subscrever certidões, declarações ou atestados administrativos;

IX – decidir sobre os pedidos de "vista" de processos;

X – estabelecer instrumentos formais de avaliação contínua e permanente;

XI – em relação ao Sistema de Administração de Pessoal, exercer as competências previstas no artigo 27 do Decreto nº 42.815, de 19 de janeiro de 1998, alterado pelo Decreto nº 43.881, de 9 de março de 1999;

XII – autorizar a baixa de medicamentos que se deteriorarem, forem danificados ou tornarem-se obsoletos ou inadequados para uso ou consumação;

XIII – aplicar penalidades disciplinares aos pacientes/presos, dentro de sua competência regimental;

XIV – instaurar sindicâncias;

XV – zelar pela qualidade da alimentação dos pacientes/presos;

XVI – elaborar escala de serviço do pessoal civil de vigilância.

SEÇÃO II
Do diretor do Núcleo Administrativo

Artigo 16 – Ao diretor do Núcleo Administrativo compete:

I – autorizar a baixa no patrimônio dos bens móveis;

II – visar extratos para publicação no Diário Oficial do Estado;

III – assinar certidões relativas a papéis e processos arquivados;

IV – em relação ao Sistema de Administração dos Transportes Internos Motorizados, exercer as competências previstas no artigo 20 do Decreto nº 9.543, de 1º de março de 1977.

SEÇÃO III
Do diretor do Núcleo de Pessoal

Artigo 17 – O diretor do Núcleo de Pessoal tem as competências previstas no artigo 33 do Decreto nº 42.815, de 19 de janeiro de 1998.

SEÇÃO IV
Dos supervisores de Equipe Técnica de Saúde e
dos chefes de seção

Artigo 18 – Aos supervisores de Equipe Técnica de Saúde, ao chefe de Seção Técnica e aos chefes de seção, em suas respectivas áreas de atuação, compete:

I – orientar e acompanhar as atividades dos servidores subordinados;

II – em relação ao Sistema de Administração de Pessoal, exercer as competências previstas no artigo 31 do Decreto nº 42.815, de 19 de janeiro de 1998.

SEÇÃO V
Das competências comuns

Artigo 19 – São competências comuns ao diretor do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico II de Franco da Rocha e aos demais dirigentes de unidades até o nível de diretor de serviço, em suas respectivas áreas de atuação:

I – manter seus superiores imediatos permanentemente informados sobre o andamento das atividades das unidades subordinadas;

II – avaliar o desempenho das unidades subordinadas e responder pelos resultados alcançados, bem como pela adequação dos custos dos trabalhos executados;

III – decidir sobre recursos interpostos contra despacho de autoridade imediatamente subordinada, desde que não esteja esgotada a instância administrativa;

IV – apresentar relatórios sobre os serviços executados pelas unidades administrativas subordinadas;

V – praticar todo e qualquer ato ou exercer quaisquer das atribuições ou competências das unidades ou servidores subordinados;

VI – avocar, de modo geral ou em casos especiais, as atribuições ou competências das unidades ou servidores subordinados;

VII – fazer executar a programação dos trabalhos nos prazos previstos;

VIII – em relação ao Sistema de Administração de Pessoal, as previstas nos artigos 30 e 34 do Decreto nº 42.815, de 19 de janeiro de 1998;

IX – em relação à administração de material e patrimônio, autorizar a transferência de bens móveis entre as unidades administrativas subordinadas.

Artigo 20 – São competências comuns ao diretor do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico II de Franco da Rocha e aos demais responsáveis por unidades até o nível de chefe de seção, em suas respectivas áreas de atuação:

I – cumprir e fazer cumprir as leis, os decretos, os regulamentos, as decisões, os prazos para desenvolvimento dos trabalhos e as ordens das autoridades superiores;

II – transmitir a seus subordinados as diretrizes a serem adotadas no desenvolvimento dos trabalhos;

III – opinar e propor medidas que visem ao aprimoramento de suas áreas;

IV – manter a regularidade dos serviços, expedindo as necessárias determinações ou representando às autoridades superiores, conforme o caso;

V – manter ambiente propício ao desenvolvimento dos trabalhos;

VI – providenciar a instrução de processos e expedientes que devam ser submetidos à consideração superior, manifestando-se, conclusivamente, a respeito da matéria;

VII – indicar seu substituto, obedecidos os requisitos de qualificação inerentes ao cargo, função-atividade ou função de serviço público;

VIII – propor à autoridade superior o programa de trabalho e as alterações que se fizerem necessárias;

IX – em relação ao Sistema de Administração de Pessoal, as previstas no artigo 35 do Decreto nº 42.815, de 19 de janeiro de 1998;

X – em relação à administração de material, requisitar material permanente ou de consumo.

Artigo 21 – As competências previstas neste Capítulo, sempre que coincidentes, serão exercidas, de preferência, pelas autoridades de menor nível hierárquico.

CAPÍTULO VII
Do "Pro labore"

SEÇÃO I
Da classe de médico

Artigo 22 – Para efeito de atribuição da gratificação "pro labore" de que trata o artigo 11 da Lei Complementar nº 674, de 8 de abril de 1992, com as alterações da Lei Complementar nº 840, de 31 de dezembro de 1997, ficam identificadas como específicas da classe de Médico 2 (duas) funções de diretor técnico de Serviço de Saúde, destinadas:

I – 1 (uma) ao Núcleo de Atendimento à Saúde;

II – 1 (uma) ao Núcleo de Perícias.

Parágrafo único – Será exigida dos servidores designados para as funções retribuídas mediante gratificação "pro labore", nos termos

deste artigo, experiência profissional de, no mínimo, 3 (três) anos de atuação na área da saúde.

SEÇÃO II
Do "Pro labore" do artigo 28 da Lei nº 10.168, de 10 de julho de 1968

Artigo 23 – Para fins de atribuição do "pro labore" de que trata o artigo 28 da Lei nº 10.168, de 10 de julho de 1968, ficam classificadas as funções de serviço público, a seguir discriminadas, na seguinte conformidade:

I – 1 (uma) de diretor técnico de Divisão, destinada à diretoria do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico II de Franco da Rocha;

II – 1 (uma) de diretor técnico de Serviço de Saúde, destinada ao Núcleo de Atendimento Multidisciplinar;

III – 2 (duas) de diretor de serviço, destinadas:

a) 1 (uma) ao Núcleo Administrativo;

b) 1 (uma) ao Núcleo de Pessoal;

IV – 2 (duas) de supervisor de Equipe Técnica de Saúde, destinadas:

a) 1 (uma) à Equipe de Nutrição e Dietética;

b) 1 (uma) à Equipe de Enfermagem;

V – 1(uma) de chefe de seção técnica, destinada à Equipe de Informações Médicas e Judiciais;

VI – 4 (quatro) de chefe de seção, destinadas:

a) 1 (uma) à Equipe de Prontuários;

b) 1 (uma) à Equipe de Conservação e Manutenção;

c) 1 (uma) à Equipe de Contas Bancárias dos Presos;

d) 1 (uma) à Equipe de Lavanderia.

Parágrafo único – Serão exigidos do servidor designado para função retribuída mediante "pro labore", nos termos deste artigo, os seguintes requisitos de escolaridade ou habilitação legal e de experiência profissional:

1. para Diretor Técnico de Divisão, diploma de nível superior ou habilitação legal correspondente nas áreas de Direito, Psicologia, Ciências Sociais, Pedagogia ou Serviço Social e experiência de, no mínimo, 4 (quatro) anos de atuação profissional ou na área penitenciária;

2. para diretor técnico de Serviço de Saúde, diploma de nível superior ou habilitação legal correspondente e experiência de, no mínimo, 3 (três) anos de atuação profissional;

3. para diretor de serviço, certificado de conclusão do ensino médio ou equivalente e experiência de, no mínimo, 2 (dois) anos na área de atuação;

4. para supervisor de Equipe Técnica de Saúde e chefe de seção Técnica, certificado de conclusão de nível superior ou habilitação legal correspondente e experiência de, no mínimo, 2 (dois) anos de atuação profissional;

5. para chefe de seção, certificado de conclusão do ensino médio ou equivalente, ou experiência na área de atuação quando incompleto, e ser ocupante de cargo efetivo ou função-atividade de natureza permanente.

SEÇÃO III
Da carreira de agente de segurança penitenciária

Artigo 24 – Para fins de atribuição da gratificação "pro labore" a que se refere o artigo 4º da Lei Complementar nº 722, de 1º de julho de 1993, com as alterações introduzidas pela Lei Complementar nº 843, de 31 de março de 1998, ficam identificadas como específicas da carreira de agente de segurança penitenciária as funções a seguir discriminadas, na seguinte conformidade:

I – 1 (uma) de diretor de serviço, destinada ao Núcleo de Segurança e Disciplina;

II – 10 (dez) de chefe de seção, destinadas:

a) 1 (uma) à Equipe de Controle;

b) 4 (quatro) à Equipe de Vigilância, sendo 1 (uma) para cada turno;

c) 4 (quatro) à Equipe de Portaria, sendo 1 (uma) para cada turno;

d) 1 (uma) à Equipe Auxiliar de Segurança.

CAPÍTULO VIII

Da gratificação por Comando de Unidade Prisional – COMP

Artigo 25 – Para fins de concessão da gratificação por Comando de Unidade Prisional – COMP, instituída pela Lei Complementar n° 842, de 24 de março de 1998, o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico II de Franco da Rocha fica classificado como COMP II.

CAPÍTULO IX

Disposições finais

Artigo 26 – Fica autorizado, sem prejuízo da alimentação dos pacientes/presos e respeitadas as disponibilidades orçamentárias, o fornecimento de refeições gratuitas ao pessoal do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico II de Franco da Rocha quando em serviço, dentro da seguinte ordem de prioridade:

I – aos servidores que permaneçam em serviço por período não inferior a 12 (doze) horas;

II – aos servidores que estiverem sujeitos à jornada completa de trabalho.

Parágrafo único – Será fixado em regimento o fornecimento das refeições de que trata este artigo, podendo compreender almoço, jantar, lanche noturno e desjejum.

Artigo 27 – O regimento interno do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico II de Franco da Rocha deverá dispor sobre:

I – direitos, deveres e regalias conferidas aos pacientes/presos;

II – espécies e critérios de aplicação de penas disciplinares;

III – forma de atuação das unidades do estabelecimento;

IV – obrigações do pessoal penitenciário, inclusive administrativo, no tocante ao tratamento a ser dispensado aos pacientes/presos;

V – outras matérias pertinentes.

Artigo 28 – A implantação da estrutura constante deste decreto será feita gradativamente, mediante resoluções do secretário da Administração Penitenciária, de acordo com as disponibilidades orçamentárias e financeiras.

Artigo 29 – As atribuições das unidades administrativas de que trata este decreto poderão ser complementadas por resolução do secretário da Administração Penitenciária.

Artigo 30 – Este decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Palácio dos Bandeirantes, 23 de agosto de 2001.

GERALDO ALCKMIN

Nagashi Furukawa
Secretário da Administração Penitenciária

João Caramez
Secretário-Chefe da Casa Civil

Antonio Angarita
Secretário do Governo e Gestão Estratégica

Publicado na Secretaria de Estado do Governo e Gestão Estratégica, aos 23 de agosto de 2001.

Anexo C
Autorização da Secretaria de Administração Penitenciária

SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA
COORDENADORIA DE SAÚDE

EXPEDIENTE:	Processo n° 164/2007
INTERESSADO:	Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico II de Franco da Rocha.
ASSUNTO:	Proposta de Convênio com a Universidade Estadual Paulista.

INFORMAÇÃO TÉCNICA n°. 197/07.

Senhora Coordenadora,

Preliminarmente pontua-se, que o presente processo foi autuado com o assunto errado, posto que o mesmo versa sobre solicitação da Mestranda Michele Cia, para realização de pesquisa de campo no HCTP II de Franco da Rocha, a qual está matriculada no Programa de Pós-Graduação em Direito pela UNESP.

Assim sendo o referido processo deveria ter sido autuado com o seguinte assunto: **"Solicitação da Mestranda Michele Cia, para realização de pesquisa de campo no HCTP II de Franco da Rocha, bem como dissertação de mestrado sobre Medida de Desinternação Progressiva"**.

O assunto em tela, foi respondido também por meio da informação técnica n° 196/2007, que está sendo encaminhado ao HCTP II, para resposta ao Ofício n° 1220/ADC/07, ao Juízo de Direito da 5ª Vara das Execuções Criminais Central do Estado de São Paulo – SP.

Do pedido formulado pela mestranda Michele Cia e ratificado pelo Orientador da Pesquisa Prof. Dr. Fernando Andrade Fernandes, consta que tal solicitação tem

Av. Zaki Narchi, n.° 1207 - Carandiru - CEP: 02029-001 - São Paulo
Fone: (11) 6221-0889 Fax: (11) 6221-5833

SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA
COORDENADORIA DE SAÚDE

como escopo precípuo, a realização de pesquisa de campo e a elaboração de dissertação de mestrado, que versará sobre a medida de desinternação progressiva.

Aos autos foram acostados os seguintes documentos:

- Solicitação e autorização para autuação de processo, fls. 02;
- Ofício HCTP II FR n° 1094/2007, fls. 03;
- Requerimento da mestranda, fls. 04/05;
- Requerimento do Orientador da mestranda, fls. 06/07;
- Requerimento elaborado pela UNESP, fls. 08/09;
- Atestado SPG n° 55/2005, fls. 10;
- Assentamento escolar, fls. 11/12;
- Termo de compromisso, fls. 13;
- Cópias do R.G., e CPF., fls. 14;
- Curriculum da Mestranda, fls. 15/22;
- Projeto de Pesquisa, fls. 23/43;
- Despacho de encaminhamento do processo à Coordenadoria de Saúde, fls. 44;
- Despacho da Sra. Coordenadoria de Saúde, encaminhando o processo à Assistência Técnica, fls. 45;

É o relatório do essencial . Opina-se.

Em análise a solicitação da mestranda Michele Cia, cumpre informar que não há nenhum óbice quanto a realização de pesquisa de campo, visando a dissertação de mestrado pretendida, porém, vale ressaltar que a mestranda deverá obedecer alguns requisitos, por se tratar de pacientes custodiados em regime de cumprimento de medida de segurança.

Av. Zaki Narchi, n.° 1207 - Carandirú - CEP: 02029-001 - São Paulo
Fone: (11) 6221-0889 Fax: (11) 6221-5833

SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA
COORDENADORIA DE SAÚDE

Nesse contexto, é imprescindível que a interessada complemente a instrução do Projeto de Pesquisa e elabore Termo de Compromisso que deverá passar pelo crivo desta Coordenadoria, no qual conste:

- ✓ Período da pesquisa e seu conteúdo;
- ✓ Quantidade de pacientes e profissionais de saúde envolvidos;
- ✓ Compromisso da interessada em enviar todo o material de forma apostilada colhido na referida pesquisa a esta Coordenadoria de Saúde;
- ✓ Respectivas autorizações dos responsáveis;
- ✓ Quais os resultados atingidos;
- ✓ Observância às normas de segurança e disciplina do Hospital de Custodia e Tratamento Psiquiátrico "Professor André Teixeira Lima" de Franco da Rocha;
- ✓ Esclarecer que a referida pesquisa destina-se única e exclusivamente para fins de conclusão de Curso de graduação na área do Direito (Ciências Jurídicas).

De acordo com a Resolução nº. 196, de *10 de outubro de 1996,* do Conselho Nacional de Saúde, todo projeto de pesquisa que envolva seres humanos deve ser apresentado sob a forma de protocolo, o qual deve conter os documentos listados no item VI e ser submetido à apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa, constituídos nos termos do item VII da mesma norma.

À normatização supramencionada, é a garantia da eticidade da pesquisa, de modo a salvaguardar todos os envolvidos, mormente o acesso aos **dados registrados em prontuários de pacientes ou bases de dados para fins de pesquisa científica**, tomando por

Av. Zaki Narchi, n.º 1207 - Carandirú - CEP: 02029-001 - São Paulo
Fone: (11) 6221-0889 Fax: (11) 6221-5833

HCTP II - FRANCO DA ROCHA
Fls. nº 049

SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA
COORDENADORIA DE SAÚDE

base os itens III.3.i e III.3.t constantes da referida norma, consoante as Diretrizes 6 e 12, elencadas nas Diretrizes Éticas Internacionais para a Pesquisa Envolvendo Seres Humanos.

Em conformidade com os direitos e garantias fundamentais consubstanciados na Constituição Federal de 1988, artigo 5º, o qual assegura a todos os brasileiros a inviolabilidade do direito à vida, à segurança e a propriedade, bem como, **o sigilo de informações**, nesse diapasão estabelece:

> ***XIV – é assegurado a todos o acesso a informação e resguardado o sigilo da fonte, quando necessário ao exercício profissional;***
> ***XXXIII – todos têm direito a receber dos órgãos públicos informações de seu interesse particular, ou de interesse coletivo geral, que serão prestadas no prazo da lei, sob pena de responsabilidade, ressalvadas aquelas cujo sigilo seja imprescindível a segurança da sociedade e do Estado...***

Assim sendo, a Carta Magna em seu artigo 196 prevê situações onde o interesse público, na área de saúde em função de *políticas sociais* e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, ou por necessidade de exercício profissional, pode relativizar o ***sigilo de dados.***

Convêm ressaltar que dentre os critérios enunciados na Resolução CNS nº. 196/96 e Resolução nº. 1098/83 do CFM, **o consentimento livre e esclarecido do sujeito reveste-se da maior importância em se tratando de grupos vulneráveis e de legalmente incapazes, como é o caso dos pacientes internados nos Hospitais de Tratamento Psiquiátricos, cuja pesquisa apresentada pretende atingir**.

Av. Zaki Narchi, n.º 1207 - Carandirú - CEP: 02029-001 - São Paulo
Fone: (11) 6221-0889 Fax: (11) 6221-5833

SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA
COORDENADORIA DE SAÚDE

Portanto, resta comprovado por diversas fontes, a necessidade do consentimento informado para a utilização dos dados de pacientes para fins de pesquisas na área de saúde pública pois, ***os dados e informações registrados nos prontuários médicos ou arquivos dos serviços de saúde***, em qualquer meio, são propriedades da pessoa **(paciente ou usuário)** a quem se refere ou de quem descreve o estado de saúde e condição de vida.

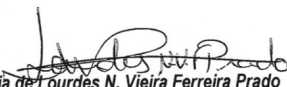
Entretanto, a luz do contido na Resolução 016/2000, do Conselho Federal de Psicologia, em seu artigo 6° "caput" diz:

> ***" O psicólogo pesquisador, poderá estar desobrigado do consentimento informado nas situações em que:***
> ***II – As pesquisas sejam feitas a partir de arquivos e bancos de dados sem identificação dos participantes".*** *(g.n)*

Por analogia, tal pressuposto poderá ser aplicado à mestranda do curso de direito da UNESP, desde que obedeça o contido no inciso II da resolução 016/2000, do Conselho Federal de Psicologia, haja vista, que tal resolução complementa as legislações anteriores, principalmente em relação ao sigilo médico e avança no reconhecimento e disciplina da utilização de informações na área da saúde, particularmente ***o prontuário médico do paciente.***.

Cumpre trazer à baila que o encaminhamento do relatório referente a atividade desenvolvida, constitui elemento primordial de interesse desta edilidade, visto que, o objeto em questão utilizará recursos e dependências do Hospital de Custódia e Tratamento psiquiátrico II de Franco da Rocha.

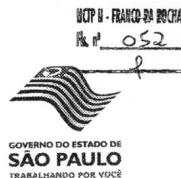
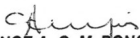
Face ao exposto, temos a informar que nada obsta quanto à realização da Pesquisa, desde que preenchidas as exigências estabelecidas em Lei.

Av. Zaki Narchi, n.° 1207 - Carandirú - CEP: 02029-001 - São Paulo
Fone: (11) 6221-0889 Fax: (11) 6221-5833

SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA
COORDENADORIA DE SAÚDE

Isto posto, sugere-se o encaminhamento do presente ao HCTP II, para ciência da interessada.

É o que cabia informar

C.S., em 17 de outubro de 2007.

Maria de Lourdes N. Vieira Ferreira Prado
Assistente Técnico de Direção

Av. Zaki Narchi, n.º 1207 - Carandiru - CEP: 02029-001 - São Paulo
Fone: (11) 6221-0889 Fax: (11) 6221-5833

HCTP II - FRANCO DA ROCHA
Fls. nº 052

SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA
COORDENADORIA DE SAÚDE

EXPEDIENTE:	Processo n° 164/2007
INTERESSADO:	Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico II de Franco da Rocha.
ASSUNTO:	Proposta de Convênio com a Universidade Estadual Paulista.

DESPACHO

De acordo com a manifestação técnica n°. 197/2007;

Encaminhe-se o presente ao HCTP II, de Franco da Rocha, para conhecimento e ciência da interessada.

G.C., em 17 de outubro de 2007.

SOLANGE A. G. M. PONGELUPI
Coordenadora de Saúde

Av. Zaki Narchi, n.º 1207 - Carandirú - CEP: 02029-001 - São Paulo
Fone: (11) 6221-0889 Fax: (11) 6221-5833

Anexo D
Autorização do Juízo de Direito da 5ª Vara das Execuções Criminais

PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

JUÍZO DE DIREITO DA 5ª VARA DAS EXECUÇÕES CRIMINAIS
CENTRAL DO ESTADO DE SÃO PAULO/SP.
FÓRUM MINISTRO MÁRIO GUIMARÃES
Av.Dr. Abrahão Ribeiro, 313-Sala 2-529 ou 2-536 /tel.2127-9551/ telefax.2127.9552.
Barra Funda – São Paulo- Capital /CEP-01133-020

Ofício nº 1431 //ADC-07

São Paulo, 28 de novembro de 2007.

Sra. Diretora;

Pelo presente, e em atenção ao pedido formulado pela mestranda Michele Cia, da Universidade Estadual Paulista-UNESP; comunico a Vossa Senhoria, que a pesquisa de campo deverá ser acordada pela direção desse hospital.

Na oportunidade, renovo os protestos de minha estima e consideração.

LUIZ ROBERTO SIMÕES DIAS
Juiz de Direito

Ao Ilmo.Sr.Dr.
Diretor do Hospital de Custódia de Franco da Rocha-II /SP.

Anexo E
Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário de Franca

COMITÊ DE ÉTICA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO DE FRANCA (UNI-FACEF)

Programa de Pós-Graduação em Direito e Serviço Social da Unesp
Orientador: Prof. Dr. Fernando Andrade Fernandes
Mestranda: Michele Cia

Parecer sobre o Projeto *A desinternação progressiva como alternativa para a obrigação político-criminal do Estado frente aos atos praticados por inimputáveis*

Conforme a Resolução n°.196 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, o projeto preenche os critérios de relevância social e de autonomia dos sujeitos pesquisados.

No nosso entendimento, o Projeto em questão não apresenta riscos ou danos significativos ao ser humano do ponto de vista ético, tendo adotado uma metodologia científica pertinente aos objetivos do estudo.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido atende os critérios exigidos: clareza, sigilo, liberdade de desistência e possíveis desconfortos que possam ser impostos aos sujeitos.

Entende-se que a exigência do Consentimento Livre e Esclarecido para a consulta de prontuários pode ser dispensada conforme a Resolução 016/2000 do Conselho Federal de Psicologia.

O relatório final deve ser apresentado a este Comitê ao término do estudo, com especificações dos resultados e de toda alteração que possa vir a ser necessária, com suas justificativas correspondentes.

Assim, o parecer deste Comitê, aprovado na reunião de 10 de dezembro de 2007, é favorável à **aprovação** do presente projeto.

Franca, 11 de dezembro de 2007.

Profa. Maria Cherubina de Lima Alves

Coordenadora do Comitê de Ética e Pesquisa do Uni-FACEF

Nesta obra, Michele Cia concentra sua análise na desinternação progressiva como medida alternativa a ser aplicada aos inimputáveis que realizam ilícito penal. Para desenvolver essa ideia central, a autora realizou um trabalho minucioso de pesquisa multidisciplinar, por meio do estudo da criminologia, da política criminal, da dogmática jurídico-penal, além da pesquisa de campo realizada no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico II de Franco da Rocha, instituição que mantém um programa de desinternação progressiva.

A autora mantém uma postura crítica durante a análise dos pontos polêmicos do tema e oferece exemplos reais, extraídos especialmente da pesquisa de campo e da análise da jurisprudência. Um livro que interessará os estudiosos do Direito Penal, do Direito Processual Penal, dos Direitos Humanos, da Criminologia, da Medicina, da Psicologia e da Sociologia, bem como profissionais da área do Direito.